

3. Thüringer Psychiatriebericht

**im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit
des Freistaats Thüringen**

FOGS/ceus consulting

Bearbeiter:

Dr. Heinz Jaschke

Hans Oliva

Prof. Dr. Rudolf Schmid

Günter Schlanstedt

Köln, Januar 2012

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
	VORWORT	1
1	EINLEITUNG	2
1.1	Ausgangssituation	2
1.2	Zielsetzungen und Vorgehensweise des 3. Psychiatrieberichts	3
1.3	Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber	7
1.4	Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat für Psychiatrie	8
1.5	Aufbau des 3. Thüringer Psychiatrieberichts	8
2	BEVÖLKERUNG, DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG UND ENTWICKLUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN	10
2.1	Bevölkerung, demografische Entwicklung: Stand und Prognose	10
2.2	Stand und Entwicklung psychischer Erkrankungen: Epidemiologische Anhaltswerte	13
2.3	(Erwartbare) künftige Entwicklungen mit Blick auf psychische Erkrankungen	17
3	GRUNDLAGEN SOWIE GRUNDSÄTZE/LEITLINIEN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG	21
4	ORGANISATION DER HILFEN FÜR PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN IM FREISTAAT THÜRINGEN	28
4.1	Prävention	28
4.2	Ambulante Versorgung – Leistungserbringer und Datenquellen	31
4.2.1	Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten	32
4.2.2	Psychiatrische Institutsambulanzen	39
4.2.2.1	Konzeptionelle Grundlagen	39
4.2.2.2	Ist-Situation	39
4.2.2.3	Stärken und Schwächen	41
4.2.3	Sozialpsychiatrische Dienste	42
4.2.3.1	Konzeptionelle Vorgaben und empfohlene Ressourcenausstattung	42
4.2.3.2	Ist-Situation	44
4.2.3.3	Stärken und Schwächen	49
4.2.4	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	50
4.2.4.1	Konzeptionelle Vorgaben	50
4.2.4.2	Ist-Situation	52
4.2.4.3	Stärken und Schwächen	53
4.2.5	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder	54
4.3	Stationäre und teilstationäre Versorgung	55
4.3.1	Ist-Situation	55
4.3.1.1	Krankenhausplanung, Krankenhäuser, Abteilungen, Tageskliniken	55

<u>Kap.</u>	<u>Seite</u>	
4.3.1.2	Sachrelevante Festlegungen zur Bettenzuordnung und -gliederung für den Bereich Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im 6. Thüringer Krankenhausplan	58
4.3.1.3	Dritter Thüringer Geriatrieplan	59
4.3.1.4	Betten und Plätze: Stand 2010/2011 und Prognose bis zum Jahr 2015 gem. Krankenhausplanung	59
4.3.1.5	Fallzahlen Gesamt und im Vergleich zum Bundesgebiet	60
4.3.1.6	Entwicklung der akutstationären und teilstationären Versorgung seit dem 2. Psychiatriebericht	61
4.3.1.7	Rehabilitative Versorgung	66
4.3.1.8	Akutstationäre Behandlung in Fachabteilungen – Ergebnisse der Erhebung	67
4.3.1.9	Tagesklinische Behandlung	75
4.3.2	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur stationären/teilstationären Versorgung	79
4.4	Komplementäre Versorgung und berufliche Rehabilitation	81
4.4.1	Datengrundlagen	81
4.4.2	Ist-Situation	82
4.4.2.1	Komplementäre Hilfen im Überblick	82
4.4.2.2	Wohnen	85
4.4.2.3	Arbeit und Beschäftigung	96
4.4.2.4	Tagesstrukturierende Angebote	102
4.4.3	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur Weiterentwicklung	105
4.5	Umsetzung personenzentrierter Hilfen durch Gemeindepsychiatrische Verbände sowie Implementierung eines Individuellen Hilfeplanverfahrens	108
5	VERSORGUNG SPEZIFISCHER ZIELGRUPPEN – SPEZIELLE VERSORGUNGSBEREICHE	114
5.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie	114
5.1.1	Konzeptionelle Grundlagen	114
5.1.2	Ist-Situation	115
5.1.2.1	Ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherape	115
5.1.2.2	Ambulante Versorgung durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten	115
5.1.2.3	Ambulante Versorgung durch Institutsambulanzen	116
5.1.2.4	Tagesklinische Behandlung	116
5.1.2.5	Stationäre Behandlung	117
5.1.2.6	Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen	118
5.1.2.7	Weitere Versorgungsbeteiligte und Leistungsträger	119
5.1.3	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder	121
5.2	Gerontopsychiatrie	123
5.2.1	Konzeptionelle Grundlagen	123
5.2.2	Ist-Situation	125
5.2.3	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge	130
5.3	Maßregelvollzug	134
5.3.1.1	Konzeptionelle Grundlagen und Datenquellen	134
5.3.1.2	Ist-Situation	135

Kap.		Seite
5.3.1.3	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder	138
5.4	Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe	139
6	SELBSTHILFE	141
6.1	Ist-Situation	141
6.1.1	Selbsthilfegruppen	141
6.1.2	Einrichtungen bzw. Kontaktbüros mit Schwerpunkt Selbsthilfe	144
6.2	Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe	145
7	ZUSAMMENFASSUNG – SCHWERPUNKTE DER ZUKÜNFTIGEN ENTWICKLUNG – HANDLUNGSFELDER	149
7.1	Bewertungen der bisherigen Entwicklung und Rahmensetzungen für die Jahre bis 2010	149
7.2	Rahmensetzungen für den Prognosezeitraum bis 2020	151
7.3	Künftige Entwicklungsschwerpunkte in den einzelnen Versorgungssektoren	152
7.3.1	Ambulanter Sektor	152
7.3.2	Stationärer und teilstationärer Sektor	154
7.3.3	Komplementärer Bereich	156
7.3.4	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	158
7.3.5	Gerontopsychiatrische Versorgung	160
7.3.6	Maßregelvollzug	163
7.3.7	Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe	163
7.4	Selbsthilfe	164
7.5	Koordination und Steuerung	166
7.6	Prioritäre Entwicklungsbedarfe – was sollte vor allem aufgegriffen werden?	168
8	LITERATUR	170
	IMPRESSUM	175

Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 1:	Rücklaufquote der schriftlichen (teil)standardisierten Befragung	5
Tab. 2:	Altersverteilung der Bevölkerung des Freistaats Thüringen (Stand: 30. Juni 2010)	10
Tab. 3:	Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung 2009* bis 2020 nach kreisfreien Städten und Landkreisen (am 31. Dezember des jeweiligen Jahres im Freistaat Thüringen, Gebietsstand: 31. Dezember 2008)	11
Tab. 4:	Altersverteilung (in %) 2010 und Prognose 2020 – Freistaat Thüringen und Bundesgebiet im Vergleich	12
Tab. 5:	Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung 2009* bis 2020 nach ausgewählten Altersgruppen in den kreisfreien Städten und Landkreisen (am 31. Dezember des jeweiligen Jahres, im Freistaat Thüringen Gebietsstand: 31. Dezember 2008)	12
Tab. 6:	Fallzahlen der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung im Jahr 2010 nach Quartalen	33
Tab. 7:	Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung im 4. Quartal 2010 (Anzahl Praxen)	35
Tab. 8:	Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Freistaat Thüringen	36
Tab. 9:	Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung (FÄ) mit KV-Abrechnung im 4. Quartal 2010 sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PT) im Freistaat Thüringen in Relation zur Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (EW) im Jahr 2010	38
Tab. 10:	Altersverteilung der Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010 in %	40
Tab. 11:	Verteilung der ICD-Diagnosen in Institutsambulanzen im Jahr 2010 (n = 17)	40
Tab. 12:	Berufsgruppenspektrum (Fachpersonal) in den Institutsambulanzen im Jahr 2010 (n = 17)	41
Tab. 13:	Vollzeitstellen der Fachkräfte in den Sozialpsychiatrischen Diensten der Jahre 2010 und 2000	44
Tab. 14:	Altersverteilung der Klientinnen/Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2010 (n = 16)	45
Tab. 15:	Klientinnen und Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste nach Art der Behinderung im Jahr 2010 (n = 16)	45
Tab. 16:	Profil der Aufgabenwahrnehmung (Leistungen) in den Sozialpsychiatrischen Diensten	46

Tab.		Seite
Tab. 17:	Kooperationspartner der Sozialpsychiatrischen Dienste (Reihenfolge in % der Nennungen) und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010 (n = 21)	48
Tab. 18:	Inhalte der Zusammenarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen Diensten und Einrichtungen im Jahr 2010 (n = 22)	49
Tab. 19:	Altersverteilung der Klientinnen und Klienten Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen im Jahr 2010 (n = 14)	53
Tab. 20:	Klientinnen und Klienten Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen nach Art der Behinderung im Jahr 2010 (n = 14)	53
Tab. 21:	Pflichtversorgungsgebiete Psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen	56
Tab. 22:	Pflichtversorgungsgebiete der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen	58
Tab. 23:	Aufgabenstellungen, durchschnittlich belegte Betten, Auslastungsgrad der Fachabteilungen im Jahr 2010	68
Tab. 24:	Fachabteilungen und Fälle nach Geschlecht im Jahr 2010 (in %)	68
Tab. 25:	Altersverteilung der Behandlungsfälle in den Fachabteilungen im Jahr 2010 (in %)	69
Tab. 26:	Behandlungsfälle in Fachabteilungen nach ICD-Einstufung im Jahr 2010 (in %)	71
Tab. 27:	Personalstruktur der Fachabteilungen 2010 und 1999 (Verteilung in %)	72
Tab. 28:	Kooperationspartner der Fachabteilungen nach Häufigkeit und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010	74
Tab. 29:	Aufgabenstellungen, durchschnittlich belegte Plätze, Auslastungsgrad der Tageskliniken im Jahr 2010	75
Tab. 30:	Behandelte Fälle in Tageskliniken nach Geschlecht im Jahr 2010 (in %)	76
Tab. 31:	Altersverteilung der Behandlungsfälle in Tageskliniken im Jahr 2010 (in %)	76
Tab. 32:	Behandlungsfälle in Tageskliniken nach ICD-Einstufung im Jahr 2010 (in %)	77
Tab. 33:	Verteilung des Fachpersonals in Tageskliniken im Jahr 2010	78
Tab. 34:	Kooperationspartner der Tageskliniken nach Häufigkeit und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010	79
Tab. 35:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner des (Ambulant) Betreuten Wohnens im Jahr 2010	86
Tab. 36:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnheime im Jahr 2010	89
Tab. 37:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaften/Wohngruppen im Jahr 2010	91
Tab. 38:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Pflegeheime im Jahr 2010	93
Tab. 39:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Übergangsheime im Jahr 2010	95
Tab. 40:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Beschäftigten der WfbM im Jahr 2010	98
Tab. 41:	Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Auszubildenden sowie der Beschäftigten anderer Ausbildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote	101

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. 42: Altersverteilung und ICD-Diagnosen der betreuten Personen in Tagesstätten	103
Tab. 43: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010 (n = 3)	116
Tab. 44: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken im Jahr 2010 (n = 7)	117
Tab. 45: Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken im Jahr 2010 (n = 7)	117
Tab. 46: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen im Jahr 2010 (n = 5)	118
Tab. 47: Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen im Jahr 2010 (n = 5)	118
Tab. 48: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen § 35a SGB VIII im Freistaat Thüringen 2007 bis 2009 nach ausgewählten Merkmalen	120
Tab. 49: Anteil der über 65-Jährigen in ambulanten psychiatrischen Facheinrichtungen und in der Selbsthilfe im Jahr 2010	127
Tab. 50: Anteil der über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Fachabteilungen und Tageskliniken im Jahr 2010	128
Tab. 51: Anteil der über 65-jährigen betreuten Personen in komplementären Einrichtungen im Jahr 2010	129
Tab. 52: Jahresdurchschnittliche Belegung im MRV insgesamt	136
Tab. 53: Durchschnittlicher pauschaler Aufwandsersatz (Entgelt) je Belegungstag in €	137
Tab. 54: Verteilung betreuter, teilnehmender Frauen/Männer in Selbsthilfegruppen im Jahr 2010 (in %)	142
Tab. 55: Altersverteilung der Betroffenen und Angehörigen in Selbsthilfegruppen im Jahr 2010 (in %)	143
Tab. 56: Kooperationspartner der Selbsthilfegruppen, Reihenfolge in % der Nennungen und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010	144

Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1: Kliniken/Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Stand Juni 2011	64
Abb. 2: Kliniken/Tageskliniken für die Versorgung psychisch kranker Erwachsener – Stand Juni 2011	65
Abb. 3: Stationäres Wohnen, ABW, WfbM und Tagesstätten	84

Vorwort

**der Thüringer Ministerin für Soziales, Familie und Gesundheit, Heike Taubert (SPD),
zum 3. Psychiatriebericht Thüringen**



Liebe Leserinnen und liebe Leser,

es ist geschafft: hiermit wird ein neuer – inzwischen ist es der dritte – Psychiatriebericht des Freistaats Thüringen vorgelegt. Immerhin liegt zwischen dem 2. und 3. Psychiatriebericht ein Zeitraum von 10 Jahren. Es war also an der Zeit, sowohl eine Überprüfung und Bewertung des Erreichten, als auch eine Perspektive für die nächsten Jahre aufzuzeigen.

Wir können heute stolz sein auf die Anstrengungen der vergangenen 20 Jahre im Freistaat Thüringen: Es ist gelungen, eine alle Bereiche umspannende Versorgung von psychisch kranken Menschen aufzubauen. Im stationären und teilstationären Bereich stehen modernste Kliniken und Abteilungen der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Im ambulanten Bereich therapieren die niedergelassenen Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Neurologen in attraktiven Praxen und Praxisgemeinschaften. Im komplementären Bereich stehen Wohnheime, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstätten sowie Begegnungsstätten und nicht zuletzt Werkstätten und Zuverdienstprojekte für psychisch kranke Menschen zur Verfügung.

Insofern wird uns zu Recht attestiert, dass wir über eines der besten und differenziertesten Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen verfügen. Dank vieler Anstrengungen besteht heute auch eine weitgehende Gleichstellung von psychischen und somatischen Krankheiten. Dieser Erfolg gebührt allen in diesem Bereich tätigen Akteuren und wurde finanziell vom Freistaat Thüringen unterstützt.

Dieser Erfolg verpflichtet uns jedoch auch, in unseren Bemühungen nicht nachzulassen und noch vorhandene Schwachstellen und Engpässe, etwa bei einer flexiblen und nahtlosen Behandlung, zu benennen und zu beheben. Nunmehr kommt es darauf an, die vorhandenen Strukturen noch intensiver miteinander zu verknüpfen, um die Übergänge zwischen den verschiedenen Systemen des Sozialgesetzbuchs zum Wohl der Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.

Der vorgelegte Psychiatriebericht berücksichtigt die Vielzahl der aktuell geltenden Gesetze und Bestimmungen auf Bundes- und Landesebene, wie etwa auch die UN-Behindertenrechtskonvention. Er gibt Handlungsempfehlungen, Anregungen und Vorschläge zur weiteren Verbesserung der Versorgung.

Ein Sprichwort heißt: „Das Werk ist so gut, wie der Weg dahin“. Auf dem Weg zu diesem 3. Psychiatriebericht haben rund 100 Akteure in sieben verschiedenen Workshops sowie eine Vielzahl von angefragten Einrichtungen und Institutionen der psychiatrischen Versorgung mitgewirkt.

Ich danke allen Beteiligten für ihr Engagement und wünsche für die nächsten Jahre ausreichend Geduld, Mut und Ideen, um die zahlreichen Vorschläge konkret umzusetzen. So kann es gelingen, die Versorgung von psychisch kranken Menschen auf diesem erreichten hohen Niveau zu erhalten und weiterhin zu verbessern.

Es grüßt Sie herzlich

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heike Taubert'.

Heike Taubert
Thüringer Ministerin für Soziales, Familie und Gesundheit

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Im Verlauf der letzten 20 Jahre hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) *zwei Berichte* zur Neuausrichtung bzw. Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung des Freistaats Thüringen vorgelegt: Der im Jahr 1994 veröffentlichte *1. Thüringer Psychiatrieplan* beschrieb die tiefgreifende Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung seit Neugründung des Freistaats und formulierte wesentliche Grundlinien und Ziele des Reformprogramms der damaligen Landesregierung. Dabei ging es neben der Mängelbeseitigung im stationären Bereich (Bausanierungen, Entflechtung der verschiedenen Gruppen von Menschen mit Behinderung) um den gezielten Aufbau komplementärer Hilfen. Zugleich wurde mit dem im gleichen Jahr in Kraft getretenen „Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranke Menschen“ die rechtliche Grundlage für den Ausbau vor- und nachsorgender sozialpsychiatrischer Angebote in den kommunalen Körperschaften geschaffen.

Im Rahmen des *2. Berichts zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen (2002)*¹ wurden auf Basis einer aktuellen Situationsanalyse die Grundsätze und Ziele des ersten Psychiatrieplans fortgeschrieben sowie eine Vielzahl von Handlungsvorschlägen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dargestellt.

Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklung wurden dabei vor allem in den Handlungsfeldern *Maßregelvollzug* (u.a. Ausbau der Platzkapazitäten sowie bauliche Veränderungen der Einrichtungen), *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* (schrittweise Umsetzung einer bedarfs- und personenzentrierten Leistungserbringung und Finanzierung sowie Bündelung der Zuständigkeit für ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen im Rahmen eines reformierten AG-BSHG), *Heimversorgung* (Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen im Pflege- und Eingliederungsbereich) sowie *Verbesserung der Kooperation* an der Schnittstelle von psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen gesehen. Der *dringendste Steuerungsbedarf* bestand aus damaliger Sicht auf der *Einzelfallebene*, wobei durch eine integrierte, ziel- und lebensfeldorientierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Hilfeplanung die Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung gestärkt und für die Zukunft ein bedarfsgerechter Einsatz der Ressourcen sichergestellt werden sollten.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse in den letzten zehn Jahren sollen nunmehr – auf Basis einer aktuellen Bestandsaufnahme/-analyse – der 2. Psychiatriebericht fortgeschrieben und Leitlinien für die künftige Entwicklung benannt werden. Im *3. Thüringer Psychiatriebericht* soll dabei an bewährte Prinzipien wie z.B. die Sicherstellung einer gemeindenahen Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen angeknüpft werden. Zudem sollen – in Verbindung mit veränderten sozialrechtlichen und versorgungsbezogenen Rahmenbedingungen sowie orientiert an zukunftsorientierten Grundsätzen/Leitlinien – Vorschläge zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen dargestellt werden.

Grundlagen bzw. rechtliche Vorgaben für den 3. Thüringer Psychiatriebericht stellen zum einen die seit 2002 in Kraft getretenen *neuen Sozialgesetze* (u.a. die Sozialgesetzbücher [SGB] II und XII), die in den vergangenen Jahren verabschiedeten *Gesundheitsreformen* (u.a. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung [GMG] und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz [GKV-WSG]) sowie u.a. das neue für die Psychiatrie und Psychosomatik vorgesehene *neue Finanzierungssystem* (§ 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) dar. Zum anderen sind Gesetze und internationale Übereinkommen zu berücksichtigen, die auf die Beseitigung der Diskriminierung von *Menschen mit kör-*

1 Im Folgenden kurz 2. Psychiatriebericht genannt.

perlicher, geistiger und psychischer Behinderung abheben sowie deren selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe herstellen sollen (vor allem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen, Allgemeines Gleichstellungsgesetz, „Deklaration von Helsinki“ der WHO sowie die UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen). Schließlich sollen auch die Beschlüsse der Arbeits-, Sozialminister- und Gesundheitsministerkonferenz sowie das Ende 2008 novellierte Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG) in die Überlegungen einbezogen werden.

1.2 Zielsetzungen und Vorgehensweise des 3. Psychiatrieberichts

Vor diesem kurz beschriebenen Hintergrund verfolgt der 3. Psychiatriebericht vor allem folgende Zielsetzungen:

1. *Qualitative und quantitative Bewertung* des psychiatrischen und psychotherapeutischen (ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären) Versorgungsangebots in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaats Thüringen, wobei spezielle Bereiche wie z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Gerontopsychiatrie einbezogen werden.
2. Erarbeitung von *Schlussfolgerungen* und Benennung von *Schwerpunkten* für die künftige Entwicklung bis zum *Jahr 2020*.

Orientiert an diesen Zielsetzungen basierte die Arbeit daran auf mehreren eng verzahnten und aufeinander aufbauenden Schritten, die im Folgenden kurz erläutert werden:

Sekundäranalyse

Im ersten Arbeitsschritt wurden (wesentliche) den Planungsprozess betreffenden *Unterlagen/Materialien/Papiere* – in enger Zusammenarbeit mit dem TMSFG – systematisch gesichtet und mit Blick auf die Zielsetzungen des 3. Psychiatrieberichts *themenbezogen* ausgewertet. Einbezogen wurden u.a.:

- (sozio-)demografische Daten zum Freistaat Thüringen sowie zu den Landkreisen und kreisfreien Städten
- Daten des Landesamts für Statistik Thüringen und des Statistischen Bundesamts zur Gesundheitsversorgung
- einschlägige epidemiologische Untersuchungen und Studien
- Anzahl der Einweisungen nach ThürPsychKG im Freistaat Thüringen für die Jahre 2006 bis 2010
- (ausgewählte) Daten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen
- Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) zu den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen des Freistaats Thüringen für das Jahr 2010
- Zusammenstellung der im Freistaat Thüringen zugelassenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PT) für den Bereich Erwachsener sowie den der Kinder und Jugendlichen

- (ausgewählte) Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) des Freistaats Thüringen zur ambulanten Versorgung des Landes
- Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), soweit sie Bürgerinnen und Bürger des Freistaats Thüringen betreffen und diese eine psychische Erkrankung bzw. Suchterkrankung aufweisen
- Erhebung zur (bundesweiten) ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010
- Tätigkeiten der thüringischen Gesundheitsämter mit Blick auf psychisch Kranke (Berichtsjahre 2009 bis 2010)
- Tätigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) im Freistaat Thüringen (Berichtsjahre 2007 bis 2009)
- (ausgewählte) Daten des Landesverwaltungsamtes des Freistaats Thüringen zur Eingliederungshilfe für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land aus dem Jahr 2010
- Daten der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Jahresbelegung der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) im Zeitraum 1992 bis 2010 des Freistaats Thüringen
- Konzept „Regionales Psychiatriebudget in Nordhausen“ (Stand: 6/2011).

Wenn möglich wurden in den Analysen jüngst zugängliche Daten (31. Dezember 2010) berücksichtigt.

Schriftliche, (teil-)standardisierte Befragung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote zur Bewertung der Ist-Situation und der Erfassung von Zukunftsvorstellungen

Auf Basis der im „Psychiatriewegweiser Thüringen 2010“ erfassten Anschriften erfolgte im Zeitraum von Anfang Mai bis Ende Juni 2011 eine *schriftliche, (teil-)standardisierte Befragung* der für den 3. Psychiatriebericht relevanten Dienste, Einrichtungen und Selbsthilfe- bzw. Betroffenen-/Angehörigengruppen im Freistaat Thüringen. Für die Befragung wurden von FOGS/ceus consulting nach Abstimmung mit den Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe (PSG, s.u.) insgesamt *neun unterschiedliche Erhebungsbogen* entwickelt, die – abgeleitet aus den Zielsetzungen des 3. Psychiatrieberichts – jeweils u.a. auf die Erfassung folgender *Dimensionen* zielten:

- Name und Träger der Einrichtung
- Art/Typ der Einrichtung
- Zielgruppen
- Platzkapazitäten und (ausgewählte) Merkmale der Klientinnen/Klienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner
- personelle Ausstattung
- Art/Umfang ehrenamtlichen Engagements
- künftige Entwicklung hinsichtlich Personalbedarf
- Wartezeiten
- (fallbezogene) Kooperation/Koordination

- Bewertung der (aktuellen) Versorgungssituation (Stärken, Schwachstellen, Verbesserungsvorschläge) sowie Schwerpunkte der künftigen Entwicklung.

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, konnte im Rahmen der schriftlichen Befragung eine sehr gute (dienste- und einrichtungsübergreifende) *Rücklaufquote* von 74 % erreicht werden, sodass eine belastbare Datenbasis für die Darstellung der Ist-Situation vorliegt.

Tab. 1: *Rücklaufquote der schriftlichen (teil)standardisierten Befragung*

(Befragungs-)Module/Erhebungsbogen	Versand	Rücklauf	
		abs.	in %
stationäre Behandlungseinheiten/Kliniken	26	25	96,2
Tageskliniken	31	26*	83,9
Psychiatrische Institutsambulanzen	19	17	89,5
Selbsthilfegruppen für psychisch kranke und behinderte Menschen	59	44	74,6
tagesstrukturierende Angebote für psychisch kranke und behinderte Menschen	58	45	77,6
ambulante Beratungs- und Kontaktangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen	75	47	62,7
Wohnangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen	107	84	78,5
Arbeits- und Ausbildungsangebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen	49	32	65,3
niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiater	14	4	28,6
Gesamt	438	324	74,0

* Von einem Träger mit vier Tageskliniken wurden diese alle in einem Erhebungsbogen abgebildet, deswegen wird der Rücklauf hier nur mit „1“ gezählt. Der Sache nach haben jedoch 30 von 31 Tageskliniken an der Erhebung teilgenommen (entspricht einer Quote von 97 %).

Die Auswertung der schriftlichen Befragung bildete zum einen eine wesentliche Grundlage für die Darstellung der aktuellen Versorgungssituation im Freistaat Thüringen (und seiner Landkreise und kreisfreien Städte), zum anderen ergaben sich daraus wichtige Hinweise für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Beratung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen im Land.

Workshops

Aufgrund des sehr knapp bemessenen Zeitraums zur Erstellung des 3. Psychiatrieberichts haben FOGS/ceus consulting – anknüpfend an die Ergebnisse der Ist-Analyse (s.o.) sowie angelehnt an die Vorgehensweise im 2. Psychiatriebericht – in enger Abstimmung mit dem TMSFG *sieben Workshops* zu folgenden Versorgungsbausteinen durchgeführt:

- Allgemein-/Erwachsenenpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie unter Einbeziehung der Schnittstelle zur Seniorenhilfe
- suchtkranke Menschen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen unter Einbeziehung der Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe

- Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Berücksichtigung der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe
- Maßregelvollzug
- Selbsthilfe/Psychiatrie-Erfahrene
- neue Versorgungsformen, Vernetzung, Koordination und Regionalisierung.

Die in der 22. und 23. Kalenderwoche (Ende Mai/Anfang Juni 2011) durchgeführten (halbtägigen) Workshops wurden jeweils von Mitarbeitern des Auftragnehmers moderiert sowie im Hinblick auf die Zielsetzungen des 3. Psychiatrieberichts vor- und nachbereitet. In sämtlichen Workshops wurden folgende (übergreifende) Themen erörtert:

- Einschätzung der Versorgungssituation seit Erstellung des 2. Psychiatrieberichts
- Diskussion wichtiger versorgungspolitischer Grundsätze und Leitlinien zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat Thüringen
- Sammlung und Bewertung von Vorschlägen zur künftigen Entwicklung der Versorgungsstrukturen bis 2020
- Diskussion von Schnittstellen(-Aspekten) zu den jeweils angrenzenden Leistungs- und Versorgungsbereichen.

An den Workshops haben – neben den Repräsentanten des TMSFG sowie Mitarbeitern von FOGS/ceus consulting – rd. 100 Vertreterinnen und Vertreter folgender Organisationen/Institutionen teilgenommen:²

- Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH
- Südharz-Krankenhaus gGmbH, Nordhausen, Erwachsenenpsychiatrie (Regionalbudget)
- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – Regionalgruppe Thüringen
- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
- Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie – Landesverband Thüringen e.V.
- Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen
- Gemeinde- und Städtebund Thüringen e.V.
- Helios Klinikum Erfurt, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Jugendberufshilfe Thüringen e.V.
- Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen im Freistaat Thüringen e.V.
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. TLPE

2 Für die Teilnahme an den sieben Workshops möchten sich FOGS/ceus consulting bei den Vertreterinnen und Vertretern der o.g. Organisationen noch einmal ganz herzlich bedanken.

- Landesverband Thüringen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD e.V.
- Landgericht Erfurt
- LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Thüringen
- Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
- Thüringische Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie – AG Krankenhauspsychiatrie, -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Thüringer Innenministerium
- Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz
- Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V.
- Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
- Thüringischer Landkreistag
- Universitätsklinikum Jena – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- VdEK Landesvertretung Thüringen.

Die Ergebnisse der Workshops wurden jeweils dokumentiert und von FOGS/ceus consulting *inhaltsanalytisch* ausgewertet.

1.3 Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde unmittelbar nach Projektbeginn eine *Projektsteuerungsgruppe (PSG)* eingerichtet, die vor allem dazu diente, den Projektplan, den Gliederungsentwurf des 3. Psychiatrieberichts und (Zwischen-)Ergebnisse zu diskutieren sowie Abstimmungs- und Beratungsprozesse innerhalb des TMSFG mit Blick auf die Berichterstellung sicherzustellen. An der PSG haben folgende Referatsleiterinnen und Referatsleiter sowie Referentinnen und Referenten des TMSFG mitgewirkt:

- Frau Wepler-Rommelfanger (Referat 45 „Psychiatrische Versorgung, Maßregelvollzug“) – Koordination –, Frau Binding-Rohm (Referat 45 „Maßregelvollzug“) und Herr Deutsch (Referat 45 „Psychiatrische Versorgung“)
- Frau Dr. Eichelberger (Referat 21 „Sozialpolitik“)
- Frau Engelhard (Referat 43 „Krankenhauswesen, Zivil- und Katastrophenschutz“)
- Herr Dr. Fröhlich (Referat 42 „Sozialversicherung, Landesprüfamt Sozialversicherung (LPDSV)“)
- Herr Funk (Referat 44 „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung, Suchthilfe“)
- Frau Kapetanios (Referat 41 „Gesundheitspolitik, Pharmaziewesen“)
- Herr Lorenz (Beauftragter für Menschen mit Behinderungen).

Die Projektsteuerungsgruppe hat sich bis zur Erstellung der Entwurfsfassung des 3. Psychiatrieberichts zu zwei Sitzungen (19. April und 21. Juni 2011) getroffen, die jeweils von FOGS/ceus consulting vor- und nachbereitet sowie moderiert wurden. Im Rahmen

der beiden Sitzungen wurden u.a. die Ziele, der Arbeitsauftrag, die Vorgehensweise und der Arbeits- und Zeitplan besprochen, die eingesetzten Befragungsinstrumente abgestimmt sowie (Zwischen-)Ergebnisse der schriftlichen Befragung und inhaltliche Ausrichtung der Workshops diskutiert. Im Projektverlauf wurde von den Mitgliedern der PSG eine Vielzahl konstruktiver Hinweise eingebracht, die FOGS/ceus consulting in der Berichterstellung berücksichtigt hat.³

1.4 Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat für Psychiatrie

Der 3. Psychiatriebericht wurde in Abstimmung mit dem *Landesfachbeirat für Psychiatrie* erstellt. Zu Beginn des Projekts haben FOGS/ceus consulting folglich an der Sitzung des Landesfachbeirats vom 3. Mai 2011 teilgenommen, in der die Aufgabenstellung und Ziele, der Arbeitsansatz, die geplanten Arbeitsschritte sowie der Arbeits- und Zeitplan erläutert wurden. Darüber hinaus hat eine Vielzahl von Mitgliedern des Landesfachbeirats an den Diskussionen in den Workshops (s.o.) mitgewirkt. Schließlich wurde der Entwurf des 3. Psychiatrieberichts den Mitgliedern des Landesfachbeirats zur inhaltlichen Bewertung zur Verfügung gestellt und ausführlich am 15. November 2011 im Landesfachbeirat diskutiert. Die Hinweise aus den Stellungnahmen und Diskussionsbeiträgen wurden bei der Erarbeitung der Endfassung im Kern berücksichtigt.

1.5 Aufbau des 3. Thüringer Psychiatrieberichts

Der 3. Psychiatriebericht gliedert sich – nach den einleitenden Überlegungen und der Darstellung der Vorgehensweise (*Kapitel 1*) – in folgende Hauptkapitel:

Im Vordergrund von *Kapitel 2* stehen die (grundlegende) Darstellung der (sozio-)demographischen Entwicklung im Freistaat Thüringen sowie – darauf bezogen – epidemiologisch gestützte Aussagen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen.

Gegenstand des *dritten Kapitels* sind die für den 3. Psychiatriebericht zu berücksichtigenden Grundlagen und Ziele, wobei – als (rechtlichem) Bezugsrahmen – neben den einschlägigen Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB V, IX und XII) insbesondere den auf die Beseitigung der Diskriminierung der Menschen mit Behinderung zielenden Bundes- und Landesgesetzen sowie der UN-Behindertenrechtskonvention ein hoher Stellenwert zukommt.

Zentrale Bestandteile des 3. Psychiatrieberichts bilden die *Kapitel 4, 5 und 6*, in denen – ausgehend von der Sekundäranalyse (ausgewählter) Daten und Statistiken, den Ergebnissen der schriftlichen Befragung sowie der Workshops (s.o.) – die Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungssituation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen im Freistaat Thüringen beschrieben und bewertet werden. Stärken und Schwächen sowie Entwicklungsschwerpunkte werden aufgezeigt und – daraus abgeleitet – Handlungsfelder für die Zukunft benannt; die Ausführungen dazu in den Kapiteln 4, 5 und 6 bilden die Vorschläge der Befragten und aus den Workshops vergleichsweise breit ab als Belege und Basis für weiterführende Beratungen und Empfehlungen.

3 Für die Mitarbeit in der Projektsteuerungsgruppe möchten FOGS/ceus consulting sich an dieser Stelle bei allen Mitgliedern nochmals herzlich bedanken.

U.a. aufbauend darauf werden in *Kapitel 7* die Erkenntnisse und Empfehlungen summarisch gebündelt und die Schwerpunkte der künftigen Entwicklung bis zum Jahr 2020 zusammenfassend benannt.

2 Bevölkerung, demografische Entwicklung und Entwicklung psychischer Erkrankungen

2.1 Bevölkerung, demografische Entwicklung: Stand und Prognose

Der *Freistaat Thüringen* liegt „mitten“ in Deutschland, umgeben von den Bundesländern Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Bayern. Geografisch wird das Land nördlich von den Ausläufern des Harzes und vom Kyffhäuser geprägt, südlich vom Thüringer Wald. Durch das Land in West-Ost-Richtung zieht sich eine vergleichsweise ebene Fläche bzw. Achse, auf der mit Ausnahme der Stadt Suhl alle kreisfreien Städte des Landes liegen. Dementsprechend konzentrieren sich dort auch die Bevölkerung und wichtige infrastrukturelle Einrichtungen. Der Freistaat Thüringen gehört zu den mittel-großen Bundesländern im Bundesgebiet: Bei einer Zahl von 2,24 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern (entspricht 2,74 % der deutschen Bevölkerung) umfasst der Freistaat eine Gesamtfläche von 16.172 qkm (entspricht 4,52 % des Bundesgebiets). Folglich ist auch die Bevölkerungsdichte im Freistaat Thüringen geringer als im Bundesgebiet: 138 Einwohnerinnen bzw. Einwohner gegenüber 229 Einwohnerinnen bzw. Einwohner pro qkm im Bund.⁴

Thüringen gliedert sich in *sechs kreisfreie Städte*: Erfurt, Gera, Jena, Suhl, Weimar, Eisenach sowie in *17 Landkreise*. Die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner dieser Gebietskörperschaften liegen zwischen 204 Tsd. (Erfurt) und 39 Tsd. (Suhl) bei den Städten und zwischen 138 Tsd. (Landkreis Gotha) und 60 Tsd. (Landkreis Sonneberg). Diese aktuelle Gebietsstruktur wird auch der Prognose bis 2020 zugrunde gelegt.

Bevölkerungsstand und Altersstruktur: Zum Zeitpunkt des 2. Psychiatrieberichts aus dem Jahr 2000 umfasste der Freistaat Thüringen mit Stand 31. Dezember 1999 insgesamt 2.449.082 Einwohnerinnen und Einwohner. Seither hat die Bevölkerungszahl abgenommen, sie beträgt mit Stand 30. Juni 2010 2.241.157, dies entspricht in einem 10-Jahreszeitraum einer Abnahme um 207.925 Einwohnerinnen und Einwohner bzw. um 8,5 %. Die auf einzelne Altersgruppen entfallenden Zahlen der Einwohnerinnen und Einwohner zeigt die folgende Tabelle:

Tab. 2: Altersverteilung der Bevölkerung des Freistaats Thüringen (Stand: 30. Juni 2010)

Altersgruppen	absolut
bis unter 18 Jahre alt	285.000
bis unter 20 Jahre alt	329.000
18 bis unter 65 Jahre alt	1.445.000
65 und mehr Jahre alt	519.000
75 und mehr Jahre alt	214.000

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, 2011.

Bevölkerungsprognose für den Freistaat Thüringen bis zum Jahr 2020: Unter Annahme unterschiedlicher Varianten prognostiziert das Thüringer Landesamt für Statistik für das Jahr 2020 eine Bevölkerungszahl zwischen 2,0277 Mio. und 2,0381 Mio., gemittelt also 2,0329 Mio.; dies entspricht einem weiteren Rückgang der der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner um ca. 208.000 bzw. um ca. 9,3 %.

4 Alle Daten zu Bevölkerung etc.: Statistisches Bundesamt 2011a, Statistisches Landesamt Thüringen.

Bevölkerungsprognosen auf Stadt- und Kreisebene bis 2020: Zu- und Abnahmen der jeweiligen Bevölkerung in den Städten und Kreisen verteilen sich bis zum Jahr 2020 ungleichmäßig: Für die Städte Erfurt, Jena und Weimar werden Zuwächse vorausgerechnet, für Gera und Suhl jedoch Abnahmen, Eisenach bleibt vergleichsweise konstant. Hingegen erfahren alle Landkreise durchweg Bevölkerungsabnahmen. In der Summe betrachtet nimmt die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in den kreisfreien Städten von 2010 auf 2020 von 550.808 auf 541.918 ab (- 1,6 %), in den Landkreisen von 1.673.056 auf 1.493.681 (- 10,7 %):

Tab. 3: *Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung 2009* bis 2020 nach kreisfreien Städten und Landkreisen (am 31. Dezember des jeweiligen Jahres im Freistaat Thüringen, Gebietsstand: 31. Dezember 2008)*

kreisfreie Städte/Landkreise	2009*	2010	2015	2020
Stadt Erfurt	203.830	202.869	203.835	206.027
Stadt Gera	99.987	98.303	92.961	87.767
Stadt Jena	104.449	103.373	105.528	107.855
Stadt Suhl	39.526	38.480	34.392	30.499
Stadt Weimar	65.233	65.129	66.650	68.243
Stadt Eisenach	42.847	42.653	42.002	41.526
Eichsfeld	106.052	105.014	100.663	96.234
Nordhausen	90.357	89.243	85.314	81.696
Wartburgkreis	131.820	130.424	123.219	115.849
Unstrut-Hainich-Kreis	109.606	108.501	103.666	98.639
Kyffhäuserkreis	82.650	80.930	74.036	67.155
Schmalkalden-Meiningen	131.312	129.872	123.212	116.490
Gotha	138.857	137.836	132.747	127.420
Sömmerda	73.688	72.896	69.402	65.724
Hildburghausen	67.816	66.973	63.153	59.322
Ilm-Kreis	112.804	111.909	109.043	106.455
Weimarer Land	84.935	83.755	79.656	75.426
Sonneberg	60.560	59.738	56.069	52.352
Saalfeld-Rudolstadt	118.303	116.319	107.963	99.415
Saale-Holzland-Kreis	87.400	86.367	82.932	79.835
Saale-Orla-Kreis	88.632	87.598	82.385	77.210
Greiz	109.003	107.184	98.733	90.235
Altenburger Land	100.215	98.496	91.199	84.225
kreisfreie Städte Gesamt	555.872	550.808	545.367	541.918
Landkreise Gesamt	1.694.010	1.673.056	1.583.391	1.493.681

* aktueller Bevölkerungsstand
Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (kBV)
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, 2011.

Altersstruktur der Bevölkerung Stand und Prognose: Sowohl für das Bundesgebiet wie für den Freistaat Thüringen (dort in der Tendenz noch stärker ausgeprägt, s. Tab. 4), zeigt

sich für den Prognosezeitraum eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersgruppen:

Tab. 4: Altersverteilung (in %) 2010 und Prognose 2020 – Freistaat Thüringen und Bundesgebiet im Vergleich

Altersgruppen	2010		2020	
	Thüringen	Bundesgebiet	Thüringen	Bundesgebiet
jünger als 20 Jahre	14,3	18,4	15,0	17,0
20 bis 64 Jahre	62,6	61,0	56,8	59,6
65 bis 79 Jahre	17,7	15,4	19,4	15,8
80 Jahre und älter	5,5	5,2	8,9	7,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011a

Im Jahr 2020 muss im Freistaat Thüringen gegenüber 2010 mit einem Zuwachs von ca. 55.000 Bürgerinnen und Bürgern über 65 Jahre gerechnet werden und einer Abnahme der Zahl der unter 20-Jährigen mit ca. 15.000. Bei Stand und Entwicklung der Altersstruktur ist jedoch zwischen Stadt und Land zu unterscheiden: Grundsätzlich ist und bleibt die Bevölkerung in den Städten „jünger“. So zeigt Tab. 5 auf, dass mit Ausnahme der Städte Suhl und Gera die Altersgruppe bis 20 Jahre in allen kreisfreien Städten zunimmt (in der Summe von 80.189 auf 93.574 im Zeitraum 2009 bis 2020), während sie in den Landkreisen abnimmt (von 249.187 auf 220.853). Die Verschiebung hin zu den höheren Altersgruppen ab 65 Jahren betrifft hingegen Stadt und Land in vergleichbarer Weise: Von 124.497 (2009) auf 145.587 (2020) in den Städten und von 394.088 auf 445.482 in den Landkreisen; das entspricht einer relativen Zunahme dieser Altersgruppe in den Städten um 16,9 % und in den Landkreisen um 13,0 %.

Tab. 5: Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung 2009* bis 2020 nach ausgewählten Altersgruppen in den kreisfreien Städten und Landkreisen (am 31. Dezember des jeweiligen Jahres, im Freistaat Thüringen Gebietsstand: 31. Dezember 2008)

kreisfreie Städte/ Landkreise	0 bis unter 20 Jahre		20 bis unter 65 Jahre		65 Jahre und mehr	
	2009*	2020	2009*	2020	2009*	2020
Stadt Erfurt	30.801	37.921	130.146	117.810	42.883	50.296
Stadt Gera	12.841	12.528	61.520	47.162	25.626	28.077
Stadt Jena	15.355	20.069	67.707	60.996	21.387	26.790
Stadt Suhl	4.752	3.440	24.598	15.090	10.176	11.969
Stadt Weimar	10.262	12.700	41.313	38.446	13.658	17.097
Stadt Eisenach	6.178	6.915	25.902	23.253	10.767	11.358
Eichsfeld	18.105	16.392	66.623	54.608	21.324	25.234
Nordhausen	13.297	12.676	55.307	45.259	21.753	23.762
Wartburgkreis	19.543	16.773	82.832	65.330	29.445	33.746
Unstrut-Hainich-Kreis	17.676	15.887	67.549	55.391	24.381	27.361
Kyffhäuserkreis	12.028	9.133	50.657	35.737	19.965	22.286
Schmalkalden-Meiningen	18.469	16.679	82.029	65.164	30.814	34.647

kreisfreie Städte/ Landkreise	0 bis unter 20 Jahre		20 bis unter 65 Jahre		65 Jahre und mehr	
	2009*	2020	2009*	2020	2009*	2020
Gotha	21.101	19.664	85.895	71.353	31.861	36.403
Sömmerda	11.348	10.130	46.936	36.392	15.404	19.203
Hildburghausen	9.925	8.669	43.039	33.635	14.852	17.017
Ilm-Kreis	16.076	16.509	70.416	59.741	26.312	30.205
Weimarer Land	13.353	11.923	54.351	42.174	17.231	21.329
Sonneberg	8.200	7.106	37.303	28.673	15.057	16.573
Saalfeld-Rudolstadt	15.827	13.182	71.902	53.884	30.574	32.349
Saale-Holzland-Kreis	12.958	11.796	54.880	44.885	19.562	23.153
Saale-Orla-Kreis	12.893	11.196	54.743	42.700	20.996	23.314
Greiz	15.045	11.935	66.219	47.989	27.739	30.311
Altenburger Land	13.343	11.204	60.054	44.431	26.818	28.590
kreisfreie Städte Gesamt	80.189	93.574	351.186	302.756	124.497	145.587
Landkreise Gesamt	249.187	220.853	1.050.735	827.345	394.088	445.482

* aktueller Bevölkerungsstand
Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV).
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, 2011.

Zusammenfassung:

- Bis zum Jahr 2020 ist im Freistaat Thüringen gegenüber 2010 mit einer um ca. 208.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner geringeren Bevölkerungszahl zu rechnen, dies entspricht einer Abnahme um 9,3% in diesem Zeitraum.
- Die Bevölkerungsentwicklung trifft Stadt und Land unterschiedlich, der Rückgang wirkt sich in den Landkreisen stärker aus.
- Die Altersstruktur verschiebt sich generell hin zu den höheren Altersgruppen, im Freistaat Thüringen tendenziell stärker als im Bundesgebiet.
- Die Landkreise sind von der Abnahme der Altersgruppe bis 20 Jahre stärker betroffen, der Zuwachs der höheraltrigen Bevölkerung trifft Städte und Landkreise in vergleichbarer Weise.

2.2 Stand und Entwicklung psychischer Erkrankungen: Epidemiologische Anhaltswerte

Die Verfasser der Psychiatrie-Enquête gingen 1975 noch davon aus, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung mindestens einmal im Leben eine (ambulant oder stationär) behandlungsbedürftige Episode psychischer Erkrankung durchlaufen würde, dies beruhte damals noch auf Schätzungen und wenigen Untersuchungen.

Aktuell liegen epidemiologisch fundierte Untersuchungen, Auswertungen und Qualifizierungen vor, die in notwendiger Kürze wie folgt zusammengefasst werden können⁵:

Angaben bezogen auf die Gesamtbevölkerung/Erwachsene

In der von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mitgetragenen Schrift „Psychiatrie 2020“ wird davon ausgegangen, dass „32,1 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren in einer 12-Monatsprävalenz die Kriterien einer psychischen Erkrankung (erfüllen). Am häufigsten treten darunter Angststörungen (12,6 %), somatoforme Störungen (11 %), depressive Störungen (8,8 %) und Alkoholabhängigkeit (6,3 %) auf“.⁶

Die Auswertung verschiedener Studien auf EU-Ebene⁷ ergibt für verschiedene psychogene Erkrankungen *innerhalb eines 12-Monatszeitraums Prävalenzraten (Erkrankungsraten)* von beispielsweise

- 4,8 % bis 8,0 % der Bevölkerung für „Depression“
- von Alkoholabhängigkeit von 0,2 % bis 4,8 %
- von Angststörung von 0,8 bis 2,2 %
- von Zwangsstörungen von 0,5 % bis 1,1 % usw.

Zusammengenommen wird festgehalten, dass die *Wahrscheinlichkeit von irgendeiner psychischen und Verhaltensstörung in einem 12-Monatszeitraum* betroffen zu werden, bei Erwachsenen bei 27 % liegt.⁸

Psychische wie somatische Erkrankungen können zu zeitbegrenzter Arbeitsunfähigkeit führen. Zahlen der Kassen (AOK, DAK, IKK usw.) zu Krankheitsständen zeigen auf, dass der Anteil am Krankenstand an allen Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit (AU) bei psychischen Erkrankungen zwischen 6,3 % und 15,9 % und die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen 89 und 136 Tagen pro Jahr liegt, Letzteres verweist auch auf die Langwierigkeit psychischer Erkrankungen.⁹ Die Situation konkret für den Freistaat Thüringen beschreibt bspw. der „Gesundheitsreport der Techniker-Krankenkasse“ unter Bezug auf Daten aus dem Jahr 2009¹⁰: Die *Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU)-Fälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen* liegt bei 4,5 Tagen pro 100 Versicherte (Bundesgebiet: 4,4 Tage), die Zahl der AU-Tage pro 100 Versicherte liegt bei 152 Tagen (Bundesgebiet: 172 Tage). Zur Einordnung dieser Zahlen kann jedoch angemerkt werden, dass die meisten AU-Fälle im Freistaat Thüringen auf die Krankheiten des Atmungssystems entfallen (39,4 Fälle pro 100), gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems (15,9 Fälle pro 100). Die Erkrankungen des Atmungssystems ziehen auch die meisten AU-Tage nach sich: 272 pro 100 Versicherte. D.h.: Psychische Erkrankungen führen im aufgezeigten Umfang auch zu länger dauernder Arbeitsunfähigkeit; wengleich sie zwar gegenüber somatischen Erkrankungen damit nicht die Spitzenposi-

5 Die Darstellung beruht insbesondere auf: Jacobi (2009) und darin berichteten epidemiologischen Studien; auf Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts 2008 und 2010 sowie auf Wittchen und Jacobi (2005) – sowie weiteren u.g. Quellen.

6 Schneider, Falkai und Maier 2011, S. 2, unter Bezug auf Wittchen und Jacobi (2001)

7 Jacobi 2009, S. 17.

8 Psychische und Verhaltensstörungen werden hier und im Folgenden klassifiziert nach dem Diagnoseschlüssel der „International Classification of Diseases, 10. Revision – ICD 10“, darin werden mit den Codes F00 bis F99 alle psychischen Erkrankungen gruppiert bzw. klassifiziert.

9 Jacobi 2009, S. 18.

10 Techniker-Krankenkasse o.J., S. 8.

tion im Krankenstand einnehmen, sind sie jedoch in ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit inzwischen von erheblichem Rang bezogen auf die erwerbstätige Bevölkerung.

Kinder und Jugendliche

Hierzu können folgende Untersuchungen herangezogen werden: Ihle und Esser fassen in einem Übersichtsartikel bereits im Jahr 2002 die Ergebnisse von insgesamt 19 nationalen und internationalen Untersuchungen zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wie folgt zusammen: „Der Median der Periodenprävalenzraten (...) betrug 18 %, wobei ca. $\frac{3}{4}$ der Prävalenzraten zwischen 15 und 22% lagen. Damit sind psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen“.¹¹ Barkmann und Schulte-Markwort kommen in ihrem Literaturüberblick aus dem Jahr 2004 zu einer Angabe einer mittleren Prävalenzrate von 17,2 %.¹²

Aktuell für Deutschland von Bedeutung sind die Arbeiten des Robert Koch Instituts Berlin, die unter den Kurzbezeichnungen KiGGS und BELLA in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurden und zwar durch Befragungen (Fragebogen) von Eltern von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, wesentliche Ergebnisse dazu sind folgende:

- „(...) 11,5 % der Mädchen (M) und 17,8 % der Jungen (J) zeigen sich als verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig. 92,5 % der Mädchen bzw. 86,3 % der Jungen verfügen über ein adäquates prosoziales Verhalten. Die häufigsten Probleme sind Verhaltensprobleme (M = 11,9 %, J = 17,6 %), emotionale Probleme (M = 9,7 %, J = 8,6 %) und Hyperaktivitätsprobleme (M = 4,8 %, J = 10,8 %).“¹³ Die Ergebnisse zeigen auch eine höhere Belastung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die Autoren betonen die „Notwendigkeit, beginnende Probleme frühzeitig zu erkennen und ihnen präventiv zu begegnen“.¹⁴ Insbesondere schwer erreichbare Gruppen müssten besonders berücksichtigt werden.
- In der BELLA-Studie wurden aus dem Gesamt-Sample der KiGGS-Studie 2.863 Familien mit Kindern im Alter von 7 – 17 Jahren vertieft befragt. Hier zeigten sich bei 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Ängste mit 10,0 %, Störungen des Sozialverhaltens 7,6 %, Depressionen 5,4 %).¹⁵ „Unter den untersuchten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an.“¹⁶

Alle Studien zusammen genommen lassen eine „Auffälligkeitsrate“ von 15 % bis 20 % der Kinder- und Jugendlichen als belegbar erscheinen, allerdings ist unter methodischen Aspekten darauf hinzuweisen, dass z.B. die Ergebnisse der BELLA-Studie auf Befragun-

11 Ihle, W./Esser, G.: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede, in: Psychologische Rundschau, 53, 2002, 159-169, S. 159.

12 Barkmann, C./Schulte-Markwort, M.: Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Überblick, in: Psychiatrische Praxis, 6, 2004, 278-287.

13 Hölling, H. u.a.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 5/6, 2007, 784-793, S. 787.

14 Ebenda.

15 Ravens-Sieberer, U. u.a.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 5/6, 2007, 871-878, S. 873.

16 Ebenda.

gen der Eltern beruhen. Des Weiteren gibt keine der Studien abschließende Auskunft über faktische Erkrankungen, d.h. über Störungen mit Krankheitswert bzw. über eine expertengestützte Einstufung einer Störung nach ICD 10, Kapitel F Psychische und Verhaltensstörungen, ebenso nicht über die Inanspruchnahme(notwendigkeit) von Therapie, dies ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Leitenden Klinikärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie geht davon aus, „dass die Inanspruchnahmerate weiterhin um mindestens 50 % niedriger ausfällt als aufgrund der Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten wäre.“¹⁷

Altersgruppe ab 65 Jahre

Psychische Störungen, Auffälligkeiten und Erkrankungen können sich in höherem Alter fortsetzen („alt gewordene psychisch Kranke“) oder dann erst auftreten, besonders ist hier die demenzielle Erkrankung von Bedeutung. „Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist jedoch die psychiatrische Gesamtmorbidität in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen“.¹⁸ Die Studie zur Altersdemenz aus dem Jahr 2005 geht aktuell von einer Zahl von 1 Mio. daran erkrankter Personen aus mit einer Neuerkrankungsrate von 200.000 pro Jahr.¹⁹ Bezogen auf den Bevölkerungsanteil im Bundesgebiet ergäben sich daraus ca. 27.000 Demenzkranke im Freistaat Thüringen und eine Neuerkrankungsrate von ca. 5.500 pro Jahr.

Behandlungsbedarf

Die zitierten epidemiologische Untersuchungen liefern Anhaltspunkte dahingehend, dass in der Gesamtbevölkerung/Erwachsene ca. 27 % bis 32 % eine psychische Störung bezogen innerhalb eines Einjahreszeitraum aufweisen können, für Kinder und Jugendliche werden diesbezüglich 21,9 % genannt, für Personen ab 65 Jahre 25 %. Diese Einschätzungen zu Erkrankungs-, Störungs-, Auffälligkeitsraten auf diagnostischer Ebene sagen jedoch noch nichts dazu aus, wie groß der daraus abgeleitete *faktische ambulante, stationäre etc. Behandlungsbedarf* ist. Dieser Bedarf hängt von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab²⁰: Einsicht in die subjektive Behandlungsbedürftigkeit, Wille dazu und Akzeptanz, Vorhandensein eines Angebots, geeignete Verfahren, Krankheitsverlauf (wie manche somatische Erkrankung unterliegen auch psychische Erkrankungen der Selbstheilung über die Zeit), sodass in der Fachliteratur davon ausgegangen wird, dass eine faktische Inanspruchnahme von Behandlungen nur bei einem Teil der diagnostisch eingegrenzten Betroffenen gegeben sein dürfte, was auch z.B. die oben zitierte Stellungnahme der BAG der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstreicht („Behandlungsrate fällt um mindestens 50% geringer aus als aufgrund der Prävalenzraten zu erwarten wäre“). In vertretbaren Grenzen und wissenschaftlich fundiert ist es allerdings nur schwer möglich, von epidemiologisch ermittelten Prävalenzsiffern unmittelbar auf Behandlungsbedarfe und -inanspruchnahme zu schließen, weshalb von einer „automatisch-

17 BAG der Leitenden Klinikärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. und BAG Leitende Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hg.): Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland, S. 7.

18 Robert-Koch-Institut 2002, S. 18.

19 Robert-Koch-Institut 2005, S. 7.

20 Z.B. Grawe u.a. haben dazu am Beispiel Psychotherapie grundlegende Analysen vorgestellt, vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994.

en“ Umrechnung dieser Ziffern auf Bevölkerungsanteile hier auch Abstand genommen wird.

Mit aller Vorsicht kann jedoch z.B. für den stationären Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankung von einer Größenordnung von bis zu 1,5 % der Bevölkerung bezogen auf einen Jahreszeitraum ausgegangen werden, das entspräche umgerechnet für den Freistaat Thüringen einer Personenzahl von 33.615 im Jahr 2010, die stationär behandelt werden müssten. Das „*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)*“ in Siegburg, das mit der jährlichen Datensammlung gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) beauftragt ist, liefert dazu folgendes Ergebnis für den Freistaat Thüringen: Im Jahr 2010 liegt die Fallzahl der aus allen Thüringer Krankenhäusern aus vollstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten mit Diagnose: „Psychische und Verhaltensstörungen“ (gemäß ICD-10, Kap. V, F00 bis F99) tatsächlich bei 31.098.²¹ Die Analyse der Herkunft zeigt, dass davon 90 % bis 95 % auch aus dem Freistaat Thüringen selbst kommen, dies entspricht dann in absoluten Zahlen einer Spannweite von 27.988 bis 29.543 Fällen. Der auf epidemiologischer Basis geschätzte Behandlungsbedarf liegt (s.o.) bei 33.615 Personen. Damit wäre ein Indiz dafür gegeben, dass sich geschätzter und faktischer Behandlungsbedarf im stationären Bereich zwar nicht decken, jedoch auch nicht allzu weit auseinander liegen, vor allem dann nicht, wenn man annimmt, dass etwa 5 % bis 10 % der Thüringer Bevölkerung wahrscheinlich wiederum auch in anderen Bundesländern stationär behandelt werden.²²

2.3 (Erwartbare) künftige Entwicklungen mit Blick auf psychische Erkrankungen

Sind psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten insgesamt häufiger geworden? Zur Beantwortung fehlen dazu fundierte Zeitreihen, z.B. ist die Diagnosestellung nach ICD-10 erst seit gut zehn Jahren generell verpflichtend. Die Fachdiskussion steht derzeit auf dem Standpunkt, dass psychische Erkrankungen als solche insgesamt nicht entscheidend häufiger geworden sind. Die oben zitierte Studie von Wittchen und Jacobi aus dem Jahr 2001 geht von einer Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 32,1 % (18- bis 65-Jährige) aus, im Jahr 2005 berichten die gleichen Autoren unter Bezug auf europäische Studien von einer Jahresprävalenz von 27 %, dies spricht mindestens nicht für eine Zunahme.

Allerdings ist die *Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen gestiegen*, und zwar aus mehreren Gründen: Die Akzeptanz einer psychischen Erkrankung hat sich subjektiv und objektiv erhöht, das Behandlungsangebot hat sich erweitert, die wachsenden AU-Tage aufgrund von psychischer Erkrankung haben auch die Bereitschaft der Leistungsträger erhöht, Behandlungen zu genehmigen u.a.m., sodass der Schluss gezogen werden kann: Die Zunahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungen in den letzten Jahrzehnten dürfte wesentlich auch auf die Bereitschaft zu erhöhter Inanspruchnahme zurückzuführen sein, die Auslastung der Behandlungseinrichtungen hängt damit zusammen. Der Trend für den Freistaat Thüringen weist zumin-

21 InEK 2011; alle Zahlen hier und im Folgenden des InEK wurden über das TMSFG zur Verfügung gestellt.

22 Der Vollständigkeit halber soll schließlich auf die Zahl der aus den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entlassenen Patientinnen und Patienten mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10 verwiesen werden: Das Thüringer Landesamt für Statistik weist hier 8.114 Personen für das Jahr 2009 aus. Allerdings darf diese Zahl nur zum geringen Teil zusätzlich zur Zahl akutstationär behandelter Personen gerechnet werden, denn zum einen dürfte eine hohe Zahl aus der Akutbehandlung selbst in die Rehabilitation kommen (was dann Doppelzählung hieße), zum anderen wird der Anteil „Nicht-Thüringer“ in der Vorsorge und Rehabilitation deutlich höher sein als in der akutstationären Versorgung.

dest in eine ähnliche Richtung: Im Jahr 2010 wurden 31.098 Fälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen stationär mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 21,6 Tagen behandelt,²³ im Jahr 2000 betrug diese Zahl noch 24.007, bei einer Verweildauer von 25,1 Tagen.

Jetziges und künftiges Spektrum der psychischen Erkrankungen: Insbesondere Demenz (vor allem demografisch bedingt) und depressive Störungen nehmen seit Jahren generell zu, letztere rangieren inzwischen bereits vor Diabetes mellitus oder koronaren Herzerkrankungen²⁴, dazu kommt, dass die Komplexität der Krankheitsbilder wächst. Mehrfachdiagnosen z.B. bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten (18 bis 23/25 Jahre) müssen häufiger gestellt werden (z.B. psychotische Störung zusammen mit Alkoholmissbrauch) ebenso nimmt die Diffusität der Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Mischung von Erziehungs-, schichtspezifischen, kulturellen, auch ernährungsbedingten Problemen in Verbindung mit psychischen Problemen, Aggressivität, aber auch Vereinsamung und frühen depressiven Episoden, Suizidalität zu. Diese Tendenzen werden sowohl von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, als auch der Jugendhilfe kritisch gesehen, die Aus- und Belastung der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Hilfeinstanzen hängt auch mit diesen Einflussfaktoren zusammen und multimodale, differenzierte Therapieansätze sind zunehmend gefragt bzw. erforderlich. Die Entwicklungen hier sind zu beobachten und ihnen ist, da zukunftsentscheidend, auch präventiv zu begegnen.

Bei erwachsenen psychisch kranken Menschen häuft sich in Verbindung mit sozialem Abstieg, aber auch unter Bedingungen der bei psychischen Erkrankungen oft gegebenen Chronizität das Risiko, Wohnung und Arbeit zu verlieren. Das führt z.T. zu fatalen Kreisläufen, mangels z.B. Tagesstrukturierung „normalisieren“ sich die Verhältnisse nicht, so dass Verschlechterungen im Krankheitszustand nicht auszuschließen sind. Die Fachwelt hält deshalb außerstationäre Kontakt-, Wohn- und Beschäftigungsangebote weiterhin für das Gebot der Stunde, für Kinder- und Jugendliche insbesondere erziehungs- und sozialisationsstützende Angebote, auch im außerstationären Bereich und insbesondere in der Schnittstelle zur Jugendhilfe.

Schließlich: Wie entwickelt sich der *Behandlungsbedarf künftig*? Prognoserechnungen liegen unmittelbar für den Freistaat Thüringen nicht vor; illustrativ und beispielhaft sei deshalb auf eine Modellrechnung des Statistischen Landesamts Nordrhein-Westfalen (NRW)²⁵ verwiesen, die den künftigen Behandlungsbedarf aus der demografischen Entwicklung ableitet: Obwohl die Bevölkerung in NRW von knapp 18 Mio. (2008) auf 17,3 Mio. im Jahr 2030 und auf 15,9 Mio. im Jahr 2050 zurückgeht, werden die Krankenhausfälle von 4,05 Mio. Fällen im Jahr 2008 auf ca. 4,61 Mio. im Jahr 2040 ansteigen, erst danach erfolgt eine leichte Abnahme bis zum Jahr 2050 auf 4,59 Mio. Der stärkste Anstieg der Krankenhausfälle ist in den Jahren bis 2020 zu erwarten und zwar mit 260.000 Fällen mehr gegenüber 2008. Verantwortlich hierfür ist insbesondere die altersbezogene Umschichtung.

Die Entwicklung des Krankheitspektrums von 2008 bis 2050 wird in der Modellrechnung wie folgt prognostiziert: Während bspw.

23 InEK 2011; Thüringer Landesamt für Statistik 2011.

24 Vgl. Robert Koch Institut, 2010; außerdem: Statistisches Bundesamt Krankheitskosten 2008: Die Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen betragen im Jahr 2008 knapp €28,7 Mrd., davon entfielen allein auf „Demenz“ €9,4 Mrd. und auf „Depression“ €5,2 Mrd. Im Zeitraum von 2002 bis 2008 erhöhten sich die Kosten für diese beiden Krankheitsarten um 32 %.

25 Information und Technik NRW 2010.

- für Herz-Kreislaufkrankungen in dieser Zeitspanne eine Zunahme von 39,6 % der Krankenhausfälle prognostiziert wird,
- für Krankheiten des Atmungssystems eine Zunahme von 19,9 %,
- für Neubildungen (Krebs, Tumor etc.) eine Zunahme von 14,8 %,
- wird für *psychische und Verhaltensstörungen ein Rückgang von 9,2 %* vorausberechnet – mit der Begründung, dass insbesondere die (mittleren) Altersgruppen zahlenmäßig zurückgehen werden, die heute anteilmäßig die „Hauptlast“ der psychischen Erkrankungen tragen – was mit Ausnahme der Diagnose Demenz, die vor allem im höheren Lebensalter auftritt auch zutrifft – und dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen abnimmt.

Bestätigung erfährt die Studie für das Bundesland NRW durch Berechnungen von Beske für das Bundesgebiet, der bis zum Jahr 2050 für den Bereich psychischer Erkrankungen im Wesentlichen (nur) die Zunahme der Demenzerkrankungen prognostiziert.²⁶ Speziell dazu gibt das Robert-Koch-Institut an, dass aktuell ca. 1. Mio. Menschen an Demenz leiden, dass diese Zahl bis 2020 um 40 % auf 1,4 Mio. steigt und bis zum Jahr 2050 mit 2,3 Mio. Demenzerkrankten zu rechnen wäre.²⁷

Natürlich unterliegt jede Prognose gewissen Einschränkungen z.B. hinsichtlich der getroffenen Annahmen, dies gilt auch für die hier zitierte Studie aus NRW, die wesentlich auf die Entwicklung der Bevölkerungszahlen abhebt; abgesehen davon sind die Strukturen der Bundesländer NRW und Thüringen unterschiedlich, weshalb der Studie hier nur illustrativer Stellenwert zukommt. Denn festzuhalten ist z.B., dass rückläufige Kinderzahlen pro Familie nur unter besonderen Bedingungen auch zu einem Rückgang von Problemen im Bereich der Kinder- und Jugendlichen führen bzw. auch das Gegenteil kann der Fall sein. Entwicklung und Veränderung von Risikofaktoren im Bereich der Familienstruktur, Erziehungsverhalten, Migration, des sozio-ökonomischen Status u.ä. erfolgen nicht einfach parallel zur Bevölkerungsentwicklung; trotz Abnahme des Anteils Kinder und Jugendlicher an der Bevölkerung müssen Faktoren weiterhin in die Betrachtung gezogen werden wie z.B.: „Zunahme von Familien, die nicht in der Lage sind, psychische Probleme von Kindern zu erkennen bzw. aufzufangen; Abnahme von Halt gebenden, verwandtschaftlichen Netzwerken (...); ansteigende Häufigkeit von Alleinerziehenden.“²⁸

Zusammenfassung

Eine Zusammenfassung aller vorstehenden Zahlen zur Bevölkerung und der epidemiologischen Erkenntnisse lässt folgende vorsichtige Aussagen für den Prognosehorizont bis 2020 zu:

- Es ist davon auszugehen, dass weniger die Zahl der psychischen Erkrankungen als solche steigt, als weiterhin eher die Inanspruchnahme der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen. Zunehmende Zahlen sind in den letzten Jahren erkennbar, die Inanspruchnahmeschwellen wegen psychischer Erkrankung sinken voraussichtlich auch weiterhin.
- Besonderer Beobachtung und Beachtung bedürfen – auch aus präventiven Gesichtspunkten –

26 Beske hat Untersuchungen zur künftigen Entwicklung des Krankheitsspektrums bis zum Jahr 2050 durchgeführt (vgl. Beske, 2007 und 2010).

27 Robert-Koch-Institut, 2005, S. 24.

28 BAG der Leitenden Klinikärzte, a.a.O., S. 7.

punkten heraus – die Entwicklungen im Kinder- und Jugendbereich angesichts der berichteten Auffälligkeitsraten in Verbindung mit den benannten Risikofaktoren (Familienstruktur, Erziehung, Migration etc.), deren Entwicklung und Verfestigung hin zu faktischen Erkrankungsraten vermieden werden sollte. Aus dem zahlenmäßigen Rückgang des Bevölkerungsanteils der Kinder und Jugendlichen kann nicht zugleich auf den Rückgang qualitativer Problemstellungen im Kinder- und Jugendlichenbereich geschlossen werden.

- Des Weiteren verlangt die Entwicklung im höher- und höchstaltrigen Bereich Aufmerksamkeit; hier ist nicht bestreitbar, dass vor allem demografisch bedingt die Demenz den höchsten Zuwachs bei den Erkrankungsraten haben wird, mit prognostizierter Zunahme bis zu 40 % bis 2020 gegenüber heute.
- Bevölkerungsbezogen ist rein quantitativ betrachtet zwar ein gegenläufiger Trend zu berücksichtigen: Die Thüringer Bevölkerung nimmt um 9,3 % bis 2020 ab, dies kann voraussichtlich einen dämpfenden Effekt auf die Nachfrageentwicklung insbesondere im Altersbereich bis 65 Jahre haben. Jedoch sei hier erneut darauf verwiesen, dass quantitative Bevölkerungsprognosen nur einen Rahmen setzen, der zwar zu berücksichtigen ist, von dem aus nicht unmittelbar auf qualitativ-strukturelle Entwicklungen bzw. nicht unmittelbar auf den Rückgang von psychischen Störungen geschlossen werden kann.
- Schließlich ist wahrscheinlich, dass sich das Spektrum der psychischen Erkrankungen auch weiterhin verändert, denn es ist (noch) kein Trend erkennbar, dass z.B. depressive Erkrankungen oder sog. Burn-Out-bedingte Störungen zurückgehen. In Verbindung mit der Verschiebung der Alters- und Bevölkerungsstruktur – bei z.B. voraussichtlich weiter wachsenden Anteilen an Single-Haushalten und bei einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter mit ggf. sich verändernden Belastungen für die Erwerbstätigen – werden sich alters- und strukturbedingt die Morbidität und der damit einhergehende Behandlungs- und Betreuungsbedarf sowie die Betreuungsmöglichkeiten ändern. Nach Auffassung der DGPPN und bezogen auf internationale Studien ist „auch in Zukunft mit einem weiteren Anstieg des Behandlungsbedarfs psychischer Erkrankungen zu rechnen. Nach Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommen im Jahr 2030 in den industrialisierten Ländern 5 der 10 mit den stärksten Beeinträchtigungen (...) verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich Psychiatrie: Depression, Demenz, Schizophrenie und bipolare Störungen“.²⁹

29 Schneider, Falkai und Maier 2011, S. 9.

3 Grundlagen sowie Grundsätze/Leitlinien der psychiatrischen Versorgung

Die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen ist – im Vergleich zu anderen Bereichen – in besonderer Weise durch eine *Fülle sozial- und versicherungsrechtlicher Vorgaben* geprägt und fußt auf einer *Vielzahl gesetzlicher Regelungen*. Insofern kommt den in den letzten Jahren seit dem 2. Psychiatriebericht erfolgten Veränderungen rechtlicher Grundlagen und Rahmensetzungen ein besonderer Stellenwert für den 3. Psychiatriebericht zu. Folgende (ausgewählte) Entwicklungslinien sind dabei mit Blick auf die *Grundsätze/Leitlinien* der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung des Freistaats Thüringen besonders hervorzuheben:

- Im Rahmen der *GKV-Gesundheitsreform des Jahres 2000* wurde die *Soziotherapie für chronisch psychisch kranke Menschen* (§ 37a SGB V) eingeführt. Vorrangiges Ziel der Soziotherapie ist es, bei diesem Personenkreis die Krankenhausbehandlung zu verhindern oder abzukürzen. In den am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen „Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie“ werden vor allem das Indikationsspektrum, die Ziele, der Umfang und die Dauer, die Voraussetzungen zur Verordnungsermächtigung, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit der Patientinnen und Patienten sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Leistungserbringer geregelt.³⁰
- Die am 1. April 2001 in Kraft getretene *Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zur ambulanten Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen* kann positiv vermerkt werden, sie hat für diese Institution entsprechende Klarheit geschaffen.
- Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Modernisierungsgesetz [GMG])* wurden einige wesentliche rechtliche Bestimmungen eingeführt, die unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung der ambulanten und stationären Versorgung im Bereich der Psychiatrie haben. Dies gilt z.B. für die Möglichkeit gem. § 95 SGB V künftig fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen (*Medizinische Versorgungszentren*) einzurichten sowie im Rahmen von § 140a SGB V *integrierte Versorgungsformen (IV)* umzusetzen. Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ist zwar aktuell von diesen Möglichkeiten nur in quantitativ geringer Weise Gebrauch gemacht worden, für die Zukunft ist aber eine Zunahme nicht auszuschließen, als z.B. aufgrund zunehmend gewünschter Teilzeitbeschäftigung im ärztlichen Bereich Medizinische Versorgungszentren sich hierfür eignen und integrierte Versorgungsformen den sektorübergreifenden Ansätzen der Psychiatrie im Prinzip entsprechen.
- Am 1. Juli 2005 sind in die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V auch die Leistungen für *häusliche psychiatrische Krankenpflege* aufgenommen worden. Damit ist ein weiterer Baustein zur Gleichstellung somatisch und psychisch kranker Menschen gesetzt worden; die praktische Umsetzung erfolgt quantitativ betrachtet jedoch eher noch unterdurchschnittlich.

30 Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2005 an die Aktion Psychisch Kranke (APK) vergebenen Evaluationsstudie zur ambulanten Soziotherapie wurde festgestellt, dass die Leistung nur in wenigen Ländern in nennenswerten Umfang umgesetzt wird. Auch die Länder waren bzw. sind der Auffassung, dass sich die Soziotherapie aufgrund der viel zu geringen Anzahl von Leistungserbringern nicht überall durchgesetzt hat. Umsetzungsprobleme wurden und werden in erster Linie in folgenden Bereichen gesehen: hohe Qualitätsanforderungen der Krankenkassen, zu geringe Vergütung, geringer Bekanntheitsgrad der Leistung sowie Verfahren der Verordnung/Beantragung zu aufwändig.

- Als für die Zukunft wesentlich werden die Planungen zur „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ gem. § 17d *Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)* gesehen. Hieran anknüpfend hat das BMG im November 2011 den *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen* vorgelegt. Mit dem Gesetz soll ab dem Jahr 2013 auch in der Psychiatrie ein *neues leistungsbezogenes, pauschalierendes Vergütungssystem (PSY-Entgeltsystem)* eingeführt werden. Zunächst ist eine *zweijährige Optionsphase* geplant, in der die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die gesetzlichen Vorgaben für das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Basis und budgetneutral umsetzen können. Lt. Referentenentwurf soll die Budgetneutralität bis Ende 2016 bestehen bleiben. In diesem Zeitraum sollen die Budgets in der Psychiatrie und Psychosomatik nach den bisherigen Regeln vereinbart werden. Um möglichst viele Einrichtungen dazu bewegen, das neue Entgeltsystem bereits in den ersten beiden Jahren 2013 und 2014 einzuführen, hat der Gesetzgeber finanzielle Anreize vorgesehen. So sollen die Optionshäuser einen deutlich höheren Mindererlösausgleich erhalten. Zudem können die Krankenhäuser Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bis zum Jahr 2016 nachverhandeln. Die Umsetzung des Gesetzes hat aller Voraussicht nach – analog zur Einführung der fallpauschalierten Entgelte im somatischen Krankenhausbereich (Diagnosis Related Groups – DRGs) – erhebliche Konsequenzen für die psychiatrisch-stationären Versorgungsangebote (u.a. hinsichtlich prozessualer Abläufe, Fallsteuerung, Kodierung, Verweildauersenkung, Klinikmanagement u.ä.).
- Am 1. Dezember 2011 hat der Bundestag das „*Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV – Versorgungsstrukturgesetz – GKV - VStG*“ verabschiedet. Schwerpunkte des Gesetzes sind u.a. weitere Schritte zur Überwindung der ambulant-stationären Sektorentrennung sowie insbesondere Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung. Das Gesetz reagiert damit auf die sich für die kommenden Jahre abzeichnende Ausdünnung der ärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen, die auch die psychiatrische Versorgung treffen wird.
- Neben den auf die Behandlung und Pflege ausgerichteten (gesetzlichen) Rahmenseetzungen spielt die Umsetzung einer auf alle Lebensbereiche bezogenen, *gleichberechtigten Teilhabe* psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen eine immer größere Rolle für die Weiterentwicklung insbesondere der *komplementären Dienste und Einrichtungen*.³¹ Dabei leitet sich das Recht auf Teilhabe u.a. aus dem *Diskriminierungsverbot* (Artikel 3 Abs. 3) des *Grundgesetzes* ab. Ein weiterer „Meilenstein“ auf dem Weg zur (rechtlichen) Gleichstellung von Menschen mit Behinderung stellt das am 1. Mai 2002 in Kraft getretene „*Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen*“ (BGG) dar. Außerdem trat im Jahr 2006 das „*Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz*“ in Kraft, das Menschen im Arbeitsleben und Zivilrechtsverkehr nicht nur aufgrund einer Behinderung, sondern auch aufgrund der Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Identität vor Benachteiligungen schützt.
- Mit dem *SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“* (2001) wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Danach sollen die Hilfen für Menschen mit Behinde-

31 Vgl. ZPE Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen: Forschungsprojekt „Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand“, (IH-NRW), Siegen, August 2008, S. 256ff.

rung ausdrücklich darauf ausgerichtet sein „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die persönliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (SGB IX § 4 Abs. 1 Ziff. 4). Zugleich hat der Gesetzgeber im SGB IX den *Behinderungsbegriff* wie folgt definiert: Gem. § 2 Abs. 2 sind „Menschen (...) behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ An diesen Behinderungsbegriff knüpfen sowohl das Schwerbehindertenrecht (Teil 2 des SGB IX) als auch die Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) sowie der § 3 des BGG an. Mit dem SGB IX wurde auch das *persönliche Budget* (§ 17) als neue Form der Inanspruchnahme von Leistungen eingeführt. Danach können – auf Antrag – Teilhabeleistungen auch durch ein persönliches Budget erbracht werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein (möglichst) selbstständiges Leben zu ermöglichen.

- Der Gesetzgeber hat des Weiteren im *SGB IX und im SGB XII* seinen Willen zum Ausdruck gebracht, die Leistungserbringung am *Bedarf des Einzelfalls* zu orientieren und dass sowohl Leistungsanbieter als auch Leistungsträger (lokal/regional) abgestimmte und maßgeschneiderte Hilfen zur Verfügung stellen (sollen). Der damit gewünschte prinzipielle Wechsel von der *angebots- zur personenzentrierten Versorgung* setzt ein hohes Maß an regional orientierter Zusammenarbeit der Versorgungsbeteiligten sowie die (fallbezogene) Vernetzung von Hilfeangeboten mit reibungslosen Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen voraus. *Gemeindeintegrierte bzw. wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote* sollen gewährleisten, dass gewünschte bzw. erforderliche Hilfen „zum Bürger kommen“ und nicht umgekehrt. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, ein flächendeckendes Netz bedarfsgerechter Hilfen bereitzustellen, das den unterschiedlichen Ansprüchen an die Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen gerecht wird. Mit diesen Beschlüssen hat der Gesetzgeber sowohl für Gebietskörperschaften, als auch für Träger, Einrichtungen und deren Steuerung hohe Anforderungen gesetzt, die z.T. erhebliche Anstrengungen in der Umsetzung und im Management erfordern bzw. weiter erfordern werden.
- Schließlich wurde – ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht und der Eigenverantwortung der Menschen mit Behinderung – in den letzten Jahren eine Vielzahl von Vorschlägen erarbeitet, die auf eine *Weiterentwicklung der im SGB XII geregelten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* (Sechstes Kapitel) zielen. In den Jahren 2009 und 2010 hat die *Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)* die Bundesregierung gebeten, die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur besseren Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben umzusetzen und den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorzulegen.³² Nachfolgend sollen einige zen-

32 Vgl. Beschlüsse der 86. und 87. ASMK Konferenzen der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“ am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden und am 20./21. Oktober in Wiesbaden.

trale „Eckpunkte“ der bundesweiten Diskussion³³ mit Blick auf den 3. Psychiatriebericht kurz zusammengefasst werden:

- Die für Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung erforderliche Versorgung und Teilhabeleistung soll in Zukunft nicht mehr an die Wohnform gebunden werden, in der sie leben.
 - In Verbindung hiermit und im Sinne eines Gesamtkonzepts der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, psychisch kranker und behinderter sowie alter Menschen soll künftig die Trennung der Versorgungsformen ambulant, teilstationär und stationär zu Gunsten einer stärkeren Durchlässigkeit der verschiedenen Leistungsangebote überwunden werden.
 - In diesem Sinne soll ein flexibles und durchlässiges Hilfesystem geschaffen werden, wobei die erforderlichen Maßnahmen an der Lebenssituation des Leistungsberechtigten anknüpfen und Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfeangeboten ermöglichen sollen.
 - Zur Umsetzung dieses grundlegenden Wandels soll die ambulante Versorgung verstärkt werden, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderung zu gewährleisten.
 - Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe sind wesentliche Instrumente dafür, personenzentrierte Hilfen für Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung umzusetzen.
- Von großer Bedeutung für die Gestaltung der Psychiatrieplanung des Freistaats Thüringen ist (auch) die im Jahr 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte *UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*.³⁴ Die UN-Konvention konkretisiert – vor dem Hintergrund spezieller Bedürfnisse und Lebenslagen – die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung. Dabei verfolgt sie ein grundsätzlich neues Leitbild: die Inklusion. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Behinderung von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen)leben. Allgemeine Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention sind (s. Artikel 3 und 25 Abs. d):
- Achtung der Würde, Autonomie, Selbstbestimmung
 - Nichtdiskriminierung
 - volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft
 - Achtung der Unterschiedlichkeit und Akzeptanz der Vielfalt
 - Chancengleichheit
 - Barrierefreiheit
 - Gleichberechtigung von Mann und Frau
 - Achtung vor sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

33 Vgl. u.a. Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, NDV 7/2007, S. 245 ff.; Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen" der ASMK – Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII vom 30. Juni 2009; Schädlér, J., Rohrmann, Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen, NDV 6/2009, S. 229 ff.; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, NDV 7/2009, S 253 ff.

34 Vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.), alle inklusive! Die neue UN-Konvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn Januar 2009.

Die UN-Behindertenrechtskonvention betont – im Sinne dieser Grundsätze – den Grundgedanken der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe. Insoweit wirkt das Übereinkommen sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der persönlichen Ebene. Dabei sollen die gesellschaftlichen Strukturen so gestaltet und verändert werden, dass sie den unterschiedlichen Lebensbedingungen und -lagen besser gerecht werden. Auch auf der individuellen Ebene überwindet die Konvention den defizitorientierten Blick auf Menschen mit Behinderung.³⁵

Parallel dazu setzt inzwischen eine Vielzahl von Kommunen (Verwaltung und Politik) verstärkt auf (Fach-)Konzepte, die auf eine *sozialräumliche* Ausgestaltung der sozialen Arbeit zielen.³⁶ In diesen Überlegungen wird der Begriff *Sozialraum* nicht mehr nur als administrative Einheit, sondern als Lebensraum mit komplexen Strukturen und funktionalen Verflechtungen verstanden.³⁷ Kern der *Sozialraumorientierung*³⁸ sind Handlungsprinzipien, die

- vom Willen bzw. den Interessen der Menschen ausgehen
- zur Aktivierung der Menschen beitragen
- die bestehenden personalen, ökonomischen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen nutzen
- auf verschiedene Zielgruppen eingehen und
- unterschiedliche soziale Dienste und Einrichtungen vernetzen.³⁹

Vor dem Hintergrund der dargestellten veränderten (rechtlichen und fachlichen) Rahmenbedingungen sollen nachfolgend die wesentlichen *Grundsätze/Leitlinien* beschrieben werden, an denen sich die Psychiatrieplanung des Freistaats Thüringen auf allen beteiligten Ebenen künftig orientieren soll. Dabei ist hervorzuheben, dass die im 1. und 2. Psychiatriebericht definierten Zielsetzungen weiterhin gültig sind. Gleichwohl sollen sie – ausgehend von neuen Erfahrungen und Bewertungen – ergänzt, differenziert und fortgeschrieben werden.

Die Grundsätze/Leitlinien stimmen mit der UN-Behindertenrechtskonvention überein, fungieren als „Wegweiser“ des Planungsprozesses, steuern ihn als Beschreibung des künftigen Zustands und ermöglichen, Handlungsalternativen zu erkennen sowie Prioritäten zu setzen. Zudem dienen die Grundsätze/Leitlinien der Überprüfung des Handlungsvollzugs und als Maßstab für die Bewertung des (zukünftig) Erreichten.

1. Nach wie vor gilt der *Grundsatz der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch erkrankten Menschen*. Dabei schließt die Umsetzung dieser Leitlinie die Integration der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in die allgemeine Krankenhausversorgung durch Schaffung psychiatrischer Abteilungen und verstärkte Kooperation psychiatrischer Fachkliniken mit somatischen Krankenhäusern sowie die Gleichstellung bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ein. Obwohl in den letzten Jahren im Lebensalltag der Menschen mit psychischer Erkrankung erhebliche Fortschritte erzielt wurden, sind sie weiterhin – im Vergleich zu somatisch

35 Vgl. zur konkreten Umsetzung der UN-Konvention den Thüringer Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Entwurf 28. Oktober 2011).

36 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns, in: NDV 9/2008, S. 377ff.

37 Vgl. Fehren, O., Was ist Sozialraum? Annäherungen an ein Kunstwerk, in: Soziale Arbeit, H. 8/2009, 58. Jg., S. 286ff., Berlin.

38 Vgl. Budde, W. u. Früchtel, F., Sozialraumorientierte soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung, in: NDV 7/2005, S. 238 – 242 und 8/2005, S. 287 – 292.

39 Vgl. „Eckpunkte“, a.a.O.

erkrankten Menschen – häufig benachteiligt. Vor allem das Behindertenrecht trägt den Besonderheiten psychischer Erkrankungen (noch) zu wenig Rechnung. Insofern hat dieser Grundsatz weiterhin als Grundlage von Entscheidungen und Bewertungen zu dienen.

2. Auch zukünftig soll – in Übereinstimmung mit dem 2. Psychiatrieplan – die *gemeindenahere Versorgung* ein zentrales Grundprinzip der thüringischen Psychiatrieplanung darstellen. D.h. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sollen die erforderlichen Hilfen möglichst in ihrer vertrauten (*sozial-)*räumlichen Umgebung und innerhalb ihrer normalen sozialen Strukturen erhalten. Nur so können ggf. aktivierbare Unterstützungspotenziale sinnvoll in der Behandlung und Betreuung berücksichtigt werden. In diesem Sinne bedeutet Personenzentrierung auch, dass die psychiatrischen Hilfen dort erfolgen, wo die Betroffenen ihren (Lebens-)Mittelpunkt haben.
3. Gemeindenahere Versorgung erfolgt weiterhin im Rahmen *festgelegter Versorgungsgebiete* (100.000 bis 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner), wobei diese i.d.R. an den Grenzen und Gegebenheiten kommunaler Körperschaften orientiert sind. Der Freistaat Thüringen unterstützt in diesem Sinne den weiteren Ausbau gemeindepsychiatrischer Versorgungs- und Verbundstrukturen. Dem steht nicht entgegen, dass es in speziellen Fällen fachlich notwendig sein kann, dass die Versorgung *wohntortfern* stattfindet.
4. Der u.a. im SGB XII (§ 13) verankerte Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ stellt ein – auch im Sinne eines inklusiven Leitbilds – wichtiges Element der Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat Thüringen dar. Allerdings setzt die Umsetzung dieses Grundsatzes auf regionaler/kommunaler Ebene ein umfassendes, eng aufeinander abgestimmtes Leistungsangebot ambulanter und komplementärer Hilfen voraus.
5. Aufgrund der mit einer psychischen Erkrankung bzw. Beeinträchtigung i.d.R. einhergehenden komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sollen die Leistungsangebote nach und nach auf die individuellen Bedürfnisse der Hilfe suchenden Menschen zugeschnitten werden. Die damit verbundene Abkehr von einer *institutionsbezogenen hin zu einer personenzentrierten Versorgung* setzt eine am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung voraus, die u.a. über *individuelle Hilfeplanung sowie Fall- und Hilfeplankonferenzen* koordiniert bzw. gesteuert werden muss. Zugleich müssen (*einrichtungs-/trägerübergreifende*) *gemeindenahere Verbundsysteme* (Gemeindepsychiatrische Verbände) ausgebaut bzw. bestehende Kooperationsformen in diese Richtung weiterentwickelt werden.
6. Zur Sicherstellung einer personenzentrierten, durch (personelle) Kontinuität gekennzeichneten Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen sind ein hohes Maß an *lokaler/regionaler Zusammenarbeit* der Leistungsanbieter und Leistungsträger notwendig sowie eine stärkere Vernetzung der Hilfeangebote mit reibungslosen Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren anzustreben. *Planung und Steuerung* des Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen sollten daher weiterhin ganz wesentlich in regionaler/kommunaler Zuständigkeit liegen.
7. Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote des Freistaats Thüringen berücksichtigen die Sozialisations- und Lebensrealitäten von *Frauen und Männern sowie von Menschen mit Migrationshintergrund*. Die Umsetzung *gemischtgeschlechtlicher, frauen- und mänderspezifischer sowie interkultureller Ansätze* sollte deshalb zukünftig verstärkt zum Standard aller (Angebots-)Bausteine des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems gehören.

8. Der *Beteiligung von Selbsthilfegruppen, Psychiatrie-Erfahrenen sowie Angehörigen psychisch kranker Menschen* kommt – sowohl im Sinne des Subsidiaritätsgedankens als auch im Hinblick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – eine zentrale Rolle für die Weiterentwicklung psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote zu. Ohne deren Einbeziehung in Planung und Ausgestaltung der Hilfesysteme besteht leicht die Gefahr, dass Leistungen und Angebote implementiert werden, die – gemessen an den Hilfebedarfen psychisch kranker Menschen – nur als wenig hilfreich erlebt werden.
9. Im Rahmen einer auf Innovationen ausgerichteten Psychiatrieplanung sind – Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention aufgreifend – sukzessive die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass psychisch kranke und behinderte Menschen *gleichberechtigt* und (soweit wie möglich) *selbstbestimmt* am Leben in der Gesellschaft *teilhaben* können.
10. Schließlich ist für die Umsetzung des 3. Psychiatrieberichts der Grundgedanke handlungsleitend, dass – vor dem Hintergrund begrenzter Finanzmittel von Land, Kommunen und Leistungsträgern (u.a. Kranken- und Rentenversicherung) – die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen nur *noch sehr begrenzt in einer quantitativen Ausweitung der Leistungsangebote* bestehen kann; vielmehr müssen zukünftig die *Ausschöpfung der Ressourcen* verbessert und die Verknüpfung bzw. Vernetzung der Angebote – im obigen Sinne – weiterentwickelt werden.

Die Umsetzung dieser Grundsätze/Leitlinien ist kein einmaliger Akt, Anforderungen, Bedarfslagen, strukturelle Gegebenheiten und Voraussetzungen ändern sich. Die Psychiatrieplanung des Freistaats Thüringen versteht sich folglich – ausgehend von den beschriebenen Grundsätzen/Leitlinien – als *zielgerichteter (längerfristiger) Veränderungsprozess*, der jeweils neuere politische, sozialrechtliche, (sozio-)demografische und versorgungsbezogene Entwicklungstendenzen aufnimmt. Insofern ist der hier gewählte Ansatz vor allem davon bestimmt, Planung als *kontinuierliche Aufgabe* – unter Einbeziehung aller relevanten Planungsbeteiligten – zu begreifen, die regelhaft *aktualisiert bzw. fortgeschrieben* sowie hinsichtlich ihrer *Wirkungen überprüft* werden muss.

4 Organisation der Hilfen für psychisch kranke Menschen im Freistaat Thüringen

4.1 Prävention

Der 3. Psychiatriebericht hebt auf die Analyse und Bewertung der Versorgungsgegebenheiten ab, d.h. der Schwerpunkt liegt darauf, darzustellen, was geschieht oder geschehen sollte, wenn eine Störung manifest wird oder eine Erkrankung eingetreten ist. Dies erfolgt einerseits mit Blick auf die Struktur und Organisation der Versorgung allgemein wie im Folgenden auch für spezifische Zielgruppen.

Generell wird es jedoch als äußerst wichtig betrachtet und die Befragungen und Diskussionen haben dies auch unterstrichen, dass es auch darauf ankommt, vorbeugend, d.h. präventiv zu agieren. Damit aufgeworfene Fragestellungen sind keineswegs einfach zu beantworten, es soll jedoch durch knappe Ausführungen dazu unterstrichen werden, dass bei den weiteren Überlegungen zur Entwicklung der Versorgung im Freistaat Thüringen auch der Prävention ein erheblicher Stellenwert zuzumessen ist.

Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von somatischen und psychischen Störungen mit nachfolgenden Beeinträchtigungen von Krankheitswert möglichst zu verhindern oder im frühen Stadium zu erkennen und zu therapieren. Mit dieser allgemeinen Beschreibung wird nicht verkannt, dass es sich dabei um einerseits sehr langfristig anzulegende Prozesse handelt, andererseits notwendige Kuration (Behandlung etc.) damit nicht entfällt. Dennoch ist es Bestreben der Prävention, Ursachen mindestens zu erkennen und wo möglich einzugrenzen und in ihren Folgen zu mildern.

Man unterscheidet zu diesen Zwecken zwischen „*Primärprävention*“, der Vorbeugung einer Entstehung von Störungen generell, „*Sekundärprävention*“, dem Ziel/der Aufgabe noch nahezu latente, wenig manifeste Symptome zu erkennen und richtig zu deuten, um frühzeitige therapeutische Interventionen (oder andere Interventionen, wie Hilfen zur Stressbewältigung und Konfliktlösung, suchtpräventiven Angeboten u. ä.) einleiten zu können und „*Tertiärprävention*“, der medizinischen Behandlung einer manifestierten und diagnostizierten Erkrankung, die erfolgen muss, um ein Fortschreiten der Erkrankung (mit absehbaren Langzeitfolgen, Komplikationen und drohender Chronifizierung) zu verhindern.

Mit der zunehmenden Prävalenz psychischer Erkrankungen gewinnt *Prävention* erheblich an Bedeutung, und zwar aus gesamtgesellschaftlicher wie aus individueller Sicht. Je früher präventive Maßnahmen („*Primärprävention*“) ansetzen, desto größer ist ihre Erfolgswahrscheinlichkeit, zumindest den Teil der Erkrankungen zu verhindern oder zu mildern, die nicht eindeutig auf genetische Dispositionen des Einzelnen zurückzuführen sind. Damit geraten familiäre, soziale, gesellschaftliche und Faktoren wie Arbeitswelt, Freizeit und persönliches Verhalten in das potenzielle Gestaltungsfeld der *Primärprävention*. Es wird erkennbar, dass „*Primärprävention*“ vom gedanklichen Ansatz her, nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche berührt; sie hat breit und deshalb unspezifisch die Entstehungsbedingungen von psychischen Krankheiten im Fokus. In dieser notwendigerweise vielgestaltigen Ausrichtung der *Primärprävention* liegt allerdings auch die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, eine verantwortliche „*Organisation*“ oder „*Instanz*“ für *Primärprävention*“ zu benennen. *Primärprävention* ist insofern eine *Querschnittsaufgabe*, die auf allen gesellschaftlichen Ebenen eine Rolle spielen muss, nicht selten als „*Nebenwirkung*“. So sollte *Primärprävention* heute implizit, als funktionales Add-on an vielen Stellen der Gesellschaft betrieben werden, z. B. in Form der betrieblichen Gesundheitsförderung, die zusätzlich zu den manifesten Gesundheitsbedrohungen („*Sicherheitsschuhe*“, *Helmpflicht*“), die „*weichen*“ Faktoren, wie mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten, Verein-

barungen zum möglichst stressfreien Nebeneinander von beruflichen und familiären Anforderungen, Mobbing-Bekämpfung im Auge hat.

Aktionen, Aktivitäten und institutionalisierte Prozesse, die der „Sekundärprävention“ zuzurechnen sind, lassen sich im Vergleich zum sehr weiten Feld der Primärprävention etwas überschaubarer politischen, gesellschaftlichen und familiären Verantwortungsbereichen zuordnen. Verschiedene Formen der Aufgabenwahrnehmung in der Sekundärprävention sind einzelnen Institutionen bzw. Akteuren übertragen (z. B. dem betriebsärztlichen Dienst, dem Gesundheitsamt, dem Schulamt, dem Jugendamt, den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten etc.); sie sind eher planbar und steuerbar als die Aktivitäten der Primärprävention. Die Intensität und Breite der Aktivitäten zur Sekundärprävention sind abhängig von den jeweils zur Verfügung gestellten Ressourcen, d. h. was geschehen sollte unterliegt einer Priorisierungsnotwendigkeit.

„Tertiäre Prävention“ hat auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen eine hohe Bedeutung, da sie dazu beitragen soll, Chronifizierungen zu vermeiden. Dies bedeutet letztlich, das bestehende Versorgungssystem so „aufzustellen“, dass diesen Prozessen entgegen gewirkt wird. Wenn im 3. Psychiatriebericht aus verschiedenen Blickwinkeln verschiedene Vorschläge zur weiteren Optimierung des Versorgungssystems unterbreitet werden, dann dienen diese letztlich auch dem Zweck, die Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen so auszurichten, dass tertiär-präventiv lange Erkrankungsdauern vermieden und Re-Integration möglich werden.

Psychische Erkrankungen haben ihre Ursachen nicht selten in frühen Störungen der Entwicklung. Deshalb kommt der frühzeitigen Erkennung solcher Störungen z.B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen hohe Bedeutung zu. Es ist deshalb wichtig, dass damit befasste Instanzen (Schulen, Kindergärten, Jugendämter) sensibel und offen bleiben, einerseits „normale“ Schwankungen der Befindlichkeit zu tolerieren, überdauernde, längerfristige Beeinträchtigungen jedoch erkennen und diese qualifizierter Beratung und Diagnostik etc. zuführen (können). Dazu ist die Kooperation zwischen den genannten Instanzen und den Facheinrichtungen (Pädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulpsychologischer Dienst u.a.) von großer Bedeutung. Durch z.B. gemeinsame Arbeitsgruppen oder Konferenzen kann dies gefördert werden, kann Fortbildung organisiert werden, abgesehen davon, dass fallbezogen interdisziplinäre Ansätze gerade im Bereich Kinder und Jugendlicher gewählt werden sollten.

Im Bereich Erwachsener nehmen depressive Störungen in den letzten Jahren deutlich zu, Gleiches gilt für Überlastungs-Syndrome wie „Burn-Out“ aufgrund steigender beruflicher Belastungen. Auf diesem Hintergrund sollte das präventive Handeln der Arbeits- und Betriebsmedizin in Verbindung mit betrieblicher Gesundheitsförderung verstärkt werden. Für ältere Menschen ist insbesondere wichtig, frühzeitig Anzeichen demenzieller Entwicklungen zu erkennen, hier kommt der (haus-)ärztlichen Seite ein erheblicher Stellenwert zu, um Wege zu qualifizierter Beratung und Betreuung rechtzeitig zu öffnen, Partner und Familien darauf einzustellen und ihnen Unterstützung zukommen zu lassen.

Für die EU-Mitgliedstaaten wurde die Erhaltung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung bereits im Jahr 2005 zum verpflichtenden Programm erhoben. Die einzelnen Länder sind aufgefordert, die in dem entsprechenden „Grünbuch“ dargestellten Vorstellungen schrittweise umzusetzen, auch im Hinblick auf den Abbau von Stigmata und Diskriminierung. Der „Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit“ (2005) formuliert konkret Vorschläge zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen oder zur Reduktion und zum Management von Stress und psychosozialen Belastungsfaktoren.

Auf nationaler Ebene wurden in den letzten Jahren – unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung, Ärztenverbänden und weiteren Leistungsträgern zusammen mit Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen – nationale *Gesundheitsziele* erarbeitet. Unter den bisherigen sechs Gesundheitszielen befindet sich auch: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Im Jahr 2008 wurde als weiteres Ziel aufgenommen: „Gesund älter werden“. Die Länder sind an der Erarbeitung, Weiterentwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele zusammen mit den anderen Partnern beteiligt.

Auf diesem Hintergrund wird zusammenfassend empfohlen:

- Auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen sollte der Freistaat Thüringen für das Land *Prioritäten und Ziele* im Bereich der Prävention erarbeiten bzw. festlegen, welche Aktivitäten und Aktivitätsfelder der Freistaat besonders hervorheben bzw. fördern oder bereits begonnene Maßnahmen fortsetzen will. Empfohlen wird, insbesondere den Akzent auf kinder- und jugendspezifische und auf die höheraltrige Bevölkerung bezogene Themen zu legen (s.u.).
- Der vom TMSFG bereits herausgegebene „*Psychiatriewegweiser*“ sollte in regelmäßigen Abständen neu aufgelegt, breit verteilt und ggf. mit einem kurz-informativen Glossar zu den Facheinrichtungen versehen werden. Er ist informativ, was die Angebote pro Landkreis und Stadt betrifft; ergänzt werden könnte er noch mit Angaben zu Krisentelefon, Telefonseelsorge, Bürgertelefon und anderen „ersten“ Informationsstellen pro Stadt oder Landkreis, sofern vorhanden.
- Zudem sollten in Anbetracht der begrenzten Ressourcen, aber auch mit Blick auf die Zukunft in erster Linie eine *Intensivierung der Kooperation, der Vernetzung und der Informationsaustausch hinsichtlich (Primär-) Prävention im Bereich Kinder und Jugendliche* angestrebt werden. Dies betrifft besonders die Vernetzung der Akteure, Fachgebiete und Institutionen, die aus ihren unterschiedlichen Verantwortlichkeiten/fachlichen Blickwinkeln heraus im Bereich der Kinder- und Jugendlichen tätig sind, u. a.: Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlicher Bereich, Gesundheitsämter, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, stationäre und teilstationäre Einrichtungen der der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kindertagesstätten, Schulen und Träger der Jugendhilfe. (s. dazu auch den Abschnitt 5.1 zur Kinder- und Jugendpsychiatrie).
- Analoges gilt für den Bereich der älteren und hochaltrigen Bürgerinnen und Bürger: Abgesehen davon, dass auch hier der Vernetzung familienstützender, (haus)ärztlicher und der Einrichtungen der Seniorenhilfe hoher Rang einzuräumen ist, sollten im Sinne des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ einerseits bereits bestehende Initiativen auf Landesebene weiter fortgeführt werden (z.B. Förderung gemischter Wohnformen), andererseits *spezifische öffentlichkeitswirksame Maßnahmen ergriffen werden, die über Entstehung von und Umgang mit Demenz und mit altersbedingten psychischen Veränderungen informieren*, auch dazu, welche Beratung und Hilfen hier (bereits) bereit stehen und ggf. in Anspruch genommen werden können.
- Wesentliche Bedeutung kommt auch einer kontinuierlichen Fortsetzung einer *Öffentlichkeitsarbeit, der Aufklärung und Information über Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen sowie therapeutischen Möglichkeiten* zu. Hier kann u.a. darauf verwiesen werden, dass die in den letzten Jahrzehnten gestiegene Akzeptanz psychischer Erkrankungen und davon betroffener Personen wesentlich Resultat einer Öffentlichkeitsarbeit in Verbindung mit der Psychiatriereform in Bund und Ländern war.

- Auf der Ebene der *Unternehmen und Betriebe* hat die Betriebliche Suchtkrankenhilfe und -beratung in den letzten Jahrzehnten deutliche Fortschritte erzielt. Die *Betriebliche Gesundheitsförderung*, Betriebs- und Arbeitsmedizinische Dienststellen sollten angeregt und unterstützt werden, Entstehungsbedingungen und Verlauf psychischer Erkrankungen ebenfalls in den Fokus zu nehmen, insbesondere dann, wenn Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund dieser Erkrankungen zugenommen haben. Dies betrifft den Kreis der depressiven Erkrankungen ebenso wie Erscheinungen des Burn-Out, der reaktiven Belastungssyndrome u.a. Die (Kranken-)Versicherungsträger haben hier zum einen Wissensbestände⁴⁰, ebenso haben sie in den letzten Jahren dazu Beratungskompetenz und Dienste aufgebaut, die die Betriebe und Unternehmen bei der Frage des (präventiven) Umgangs mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung unterstützen können.

4.2 Ambulante Versorgung – Leistungserbringer und Datenquellen

Die Beschreibung der Ist-Situation der ambulanten Versorgung für psychisch Kranke im Freistaat Thüringen im Jahr 2010 stützt sich bei den unterschiedlichen Versorgungsbeteiligten (Leistungserbringern) auf folgende Datenquellen:

- *Niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte* (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen [KVT]): Aufstellung der Praxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte nach den Fachgebieten: Fachärztin/Facharzt (FA) Psychiatrie und Psychotherapie, FA psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Neurologie und Psychiatrie, FA für Nervenheilkunde, FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, aufgegliedert nach Planungsbereichen (i. W. nach Landkreisen und kreisfreien Städten, z.T. sind Landkreise/kreisfreie Städte zusammengefasst) mit Angabe der Fallzahlen in den vier Quartalen des Jahres 2010. Des Weiteren dient als Hintergrund das Gutachten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) mit dem Titel: „Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens – eine kleinräumige Analyse bis zum Jahr 2020“ (mit Stand vom 25. August 2009).
- *Psychotherapeutinnen/-therapeuten* (Quelle: KVT): Aufstellung der ärztlichen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, der ärztlichen Kindertherapeutinnen/-therapeuten, der Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen/-therapeuten nach Planungsbereichen (i. W. nach Landkreisen und kreisfreien Städten, z.T. sind Landkreise/kreisfreie Städte zusammengefasst) mit Angabe der Fallzahlen in den vier Quartalen des Jahres 2010.
- Zusätzlich zu diesen quantitativen Aufstellungen wurden zur Beschreibung und Bewertung der ambulanten Versorgungssituation mit niedergelassenen Fachärztinnen/-fachärzten sowie Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten Veröffentlichungen der OPK (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer) herangezogen. Von Bedeutung sind dabei die Ausarbeitungen der OPK im Zusammenhang mit den Diskussionen zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (Versorgungsstrukturgesetz).

40 Vgl. z.B. Rebscher, H. (Hg.): DAK Gesundheitsreport 2011 – Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Heidelberg 2011.

- *Institutsambulanzen*: Alle teil- und vollstationären Einrichtungen erhielten von FOGS/ceus-consulting mit den Erhebungsbogen für die Kliniken/Tageskliniken zugleich einen Fragebogen für die Institutsambulanzen. Insgesamt 17 (von 19) Institutsambulanzen konnten in die Auswertung einbezogen werden.
- *Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)*: Im Mai 2011 wurde den Sozialpsychiatrischen Diensten der insgesamt 23 Landkreise und kreisfreien Städten im Freistaat Thüringen ein halbstandardisierter Fragebogen zugesandt. Zusätzlich zu diesen Befragungsdaten liegen quantitative Daten zu den „Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke“ für die Berichtsjahre 2009 und 2010 vor (Quelle: Jahresberichte der Gesundheitsämter, Landesverwaltungsamt).
- *Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen*: Im Mai 2011 wurden ebenfalls in allen 23 Landkreisen und kreisfreien Städten im Freistaat Thüringen die Kontakt- und Beratungsstellen mit einem Fragebogen angeschrieben, die im „Psychiatriewegweiser Thüringen 2010“ mit Adressen ausgewiesen sind.
- Des Weiteren wurden die „Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur Sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG“ (Stand 01/2006)⁴¹ sowie die „Fachempfehlungen des TMSFG und der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen für die Arbeit und Struktur Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen in Thüringen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG“ (Stand 08/2010) berücksichtigt.

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Ergebnisse der Auswertung der vorgenannten Datenquellen. Handlungsfelder für den ambulanten Bereich werden dann in Abschnitt 4.2.5 zusammengefasst dargestellt.

4.2.1 Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung psychisch erkrankter Menschen wird in Deutschland von drei Gruppen von Leistungserbringern mit unterschiedlichen Berufszugängen durchgeführt:

(1) *Ärztinnen/Ärzte*: Originär medizinisch-ärztlich Ausgebildete, die ihre ärztliche Ausbildung mit dem/der FA für „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder dem/der FA für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder dem/der FA für „Neurologie und Psychiatrie“ oder dem/der FA für „Nervenheilkunde“ oder dem/der FA für „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ abgeschlossen haben; Fachärztinnen/Fachärzte der genannten FA-Richtungen können eine „strukturierte psychotherapeutische Weiterbildung“ durchlaufen und sich zu Ärztlichen Psychotherapeutinnen/-therapeuten weiterbilden. (Anmerkung: Der FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie leistet zur Versorgung psychisch kranker Menschen in den hier seitens der KVT gemeldeten Quantitäten. „Psychosomatik“ i.e.S. wird in diesem Psychiatrie-Bericht nicht näher evaluiert).

(2) *Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten* (Zugangsvoraussetzung: Abschluss im Studiengang Psychologie inkl. klinische Psychologie),

(3) *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten* (Zugangsvoraussetzung: Abschluss im Studiengang Psychologie inkl. klinische Psychologie oder im Studiengang Pädagogik oder Sozialpädagogik).

41 TMSFG, Referat 45.

Für die unter (2) und (3) genannten Gruppen gilt: „Die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dauern in Vollzeitform jeweils mindestens drei Jahre, in Teilzeitform jeweils mindestens 5 Jahre.“⁴² Weitere Einzelheiten der Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungen sind im PsychThG detailliert geregelt.

Im Jahr 2010 praktizierten im Freistaat Thüringen insgesamt 138 niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte der Fachrichtungen „FA für Psychiatrie und Psychotherapie“ (33), „FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (11), „FA für Neurologie und Psychiatrie“ (70), „FA Nervenheilkunde“ (11) und „FA für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ (14). Sie behandelten im Jahr 2010 folgende Patientinnen/Patienten.

Tab. 6: *Fallzahlen der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung im Jahr 2010 nach Quartalen*

Fachärztinnengruppen/-ärztegruppen	Fallzahlen			
	Q. 2010/1	Q. 2010/2	Q. 2010/3	Q. 2010/4
FA Psychiatrie und Psychotherapie	20.848	23.798	21.000	21.009
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	429	564	504	525
FA Neurologie und Psychiatrie	72.722	69.054	68.695	68.378
FA für Nervenheilkunde	12.026	13.472	13.612	13.698
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6.319	6.018	6.076	6.143
Gesamt	112.344	112.906	109.887	109.753

Quelle: KVT

Die Versorgung mit psychotherapeutischen Angeboten wurde von 48 Ärztlichen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, 210 Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PP) sowie 52 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten wahrgenommen.

Seit 2000 hat die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte im „psychiatrischen“ Versorgungsbereich von insgesamt 97 auf 138 zugenommen.⁴³ Die Anzahl der in den Gesamtzahlen enthaltenen FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von neun (2000) auf 14 (2010) gestiegen.

Bei der Versorgung mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten ist ebenfalls eine Zunahme zu verzeichnen: Die Anzahl der Ärztlichen Psychotherapeutinnen/-therapeuten ist von 13 auf 48, die der Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PP) von 133 auf 210 gestiegen. In der Statistik der KVT/KÄV vom 11. April 2011 werden vier „Ärztliche Kindertherapeuten“ ausgewiesen (in Jena, Suhl und Eisenach) eine Bezeichnung, die so im Psychotherapeuten-Gesetz nicht vorkommt. Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (die vier „Ärztliche Kindertherapeuten“ mitgerechnet) hat sich die Anzahl verachtfacht, von sieben im Jahr 2000 auf 56 in 2010.

Eine Bewertung von Stand und Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat Thüringen muss differenziert erfolgen, sie fällt je nach angewendetem Maßstab

42 § 5 Abs. 1 und 2 PsychThG.

43 Siehe 2. Psychiatriebericht Thüringen, S. 18.

unterschiedlich aus. Ermittelt man den Versorgungsgrad (planerische Versorgungssituation) entsprechend der Definitionen der Bedarfsplanungsrichtlinie (u. a. ausgehend von der Situation des Jahres 1999, als das Psychotherapeutengesetz in Kraft trat), dann stellt man nahezu flächendeckend für die thüringischen (kreisfreien) Städte und Landkreise „Übersversorgung“ fest. Die Spreizung des auf diese Weise ermittelten Versorgungsgrads reicht von 164,9 % im Landkreis Eichsfeld bis zu 105,3 % in der kreisfreien Stadt Jena.⁴⁴

Vergleicht man hingegen die tatsächliche Versorgungssituation mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens mit dem Bundesdurchschnitt (Psychotherapeutinnen/-therapeuten je 100 TSD. Einwohnerinnen bzw. Einwohner) liegt Thüringen in 17 seiner 20 Planungsbereiche (zum Teil deutlich) unter dem Bundesdurchschnitt, und zwar zwischen - 90,7 % im Kyffhäuserkreis und - 30 % in der Stadt Weimar/im Weimarer Land. Über dem Bundesvergleichswert liegen hingegen Jena (+ 39,1 %), Gera (+ 2,7%) und Erfurt (+ 1,0 %).⁴⁵

Die Versorgungsdisparitäten zwischen den Planungsregionen (i. w. Kreise und kreisfreie Städte) sind immens, wenn man Maßstäbe/Relationen wie „Einwohner je Facharzt“ bzw. je Psychotherapeut oder „Fachärzte bzw. Psychotherapeuten je 100 TSD Einwohner“ betrachtet. Zählt man die (fach-)ärztlichen und psychotherapeutischen Relationen zusammen und sortiert die Regionen nach der Versorgungsdichte, dann liegen Jena, Erfurt und Weimar/Weimarer Land zwischen 164% und 33,8% (als einzige Planungsregionen) über dem Landesdurchschnitt. Fünf Landkreise (Hildburghausen, Ilm-Kreis, Kyffhäuserkreis, Saale-Orla-Kreis, Sömmerda) erreichen lediglich zwischen 44,8% und 48,8% des Landesdurchschnitts.

Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie zur „Ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland“ aus dem Jahr 2010⁴⁶ berichten von *Wartezeiten* auf ein Erstgespräch von (im Mittel) 9,9 Wochen in Ostdeutschland (10,3 Wochen in Thüringen) und auf den Beginn einer Psychotherapie von (im Mittel) 14,2 Wochen in Ostdeutschland (16,4 Wochen in Thüringen). „Die Versorgungssituation in der eigenen Region wird von 10,9 % der Psychotherapeutinnen/-therapeuten als sehr schlecht und von 40,8 % als eher schlecht eingeschätzt, aber auch von 41,9 % als eher gut und von 3,9 % als sehr gut.“⁴⁷

Die Studie gibt auch Auskunft, wie sich die wöchentlichen Behandlungsstunden der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und die Anzahl der Behandelten darstellen:⁴⁸ „16,7 % der Psychotherapeutinnen/-therapeuten behandeln nicht mehr als 10 Stunden wöchentlich und 17,3 % zwischen 10 und 20 Stunden. Die Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal liegt im Mittel (in Ostdeutschland) bei 60,9 (SD 59,5), der Median liegt bei 49 Patienten.“ In Thüringen liegt die Anzahl der im Quartal (im Mittel) behandelten Patienten bei 65,9.

Insgesamt deuten die vorliegenden Befunde aus den Vergleichsbetrachtungen sowie die zusätzlichen Informationen, die sich aus den Erhebungen (hinsichtlich der Einschätzung zur Versorgung mit niedergelassenen Psychiaterinnen/Psychiatern und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den Landkreisen) ergeben, auf große Versorgungsdisparitäten im Freistaat Thüringen und in einzelnen Regionen auf Unterversorgung hin. Dies wird durch die folgenden Tabellen zur Versorgungssituation auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte untermauert:

44 Vgl. Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer: Psychotherapeutische Versorgung in Thüringen (Mai 2011), S. 8.

45 A.a.O., S. 8.

46 Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland, in: Psychotherapeutenjournal 1/2011, S. 43-50; zusätzlich wurden von Verfasser der Studie gesonderte Auswertungen für Thüringen (n=174) zur Verfügung gestellt.

47 A.a.O., S. 47f.

48 A.a.O., S. 46.

Tab. 7: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung im 4. Quartal 2010 (Anzahl Praxen)

kreisfreie Städte/ Landkreise	FA Psychiatrie und PT	FA Psycho-so- matische Medizin und PT	FA Neurologie und Psychiatrie	FA Nervenheilkunde	FA KiJu- Psychiatrie und PT	FA Gesamt
Altenburger Land	3	0	1	0	0	4
Eichsfeld	2	0	2	1	0	5
Erfurt	7	1	9	2	4	23
Gera	0	1	6	2	1	10
Gotha	2	0	4	0	1	6
Greiz	0	0	2	0	0	2
Hildburghausen	1	0	1	0	0	2
Ilm-Kreis	0	0	4	0	0	4
Jena	3	5	7	1	2	18
Kyffhäuserkreis	1	0	3	1	0	5
Nordhausen	1	0	5	0	0	6
Saale-Holzland-Kreis	1	1	1	0	1	4
Saale-Orla-Kreis	1	1	1	1	0	4
Saalfeld-Rudolstadt	3	0	3	0	0	6
Sömmerda	0	0	2	0	0	2
Sonneberg	0	0	3	0	0	3
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	2	1	3	0	0	6
Unstrut-Hainich-Kreis	1	0	5	0	1	7
Eisenach/ Wartburgkreis	3	0	3	2		8
Weimar/Weimarer Land	2	1	5	1	4	13
Gesamt	33	11	70	11	14	138

Quelle: KVT

Aus der obigen Tabelle wird deutlich, dass *in vier Landkreisen* im 4. Quartal 2010 *keine fachärztliche Praxis* der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden war. In diesen Landkreisen wird die Versorgung durch niedergelassene FÄ für Neurologie und Psychiatrie wahrgenommen.

Tab. 8: Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Freistaat Thüringen⁴⁹

Planungsbereiche	Ärztliche Psychotherapeutinnen/-therapeuten ⁵⁰	Ärztliche Kindertherapeutinnen/-therapeuten ⁵¹	Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PP)	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (KJP)	Psychotherapeutinnen/-therapeuten Gesamt
Altenburger Land	1,0	0	7,5	2,5	11,0
Eichsfeld	3,0	0	11	2	16,0
Erfurt	6,5	0	41,25	8,5	56,3
Gera	0,5	0	24,5	2,5	27,5
Gotha	1,7	0	13,5	3,5	18,7
Greiz	1	0	9,5	2,5	13,0
Hildburghausen	1	0	2	1	4,0
Ilm-Kreis	0	0	5	2	7,0
Jena	8	2	23	5	38,0
Kyffhäuserkreis	0	0	2	1,0	3,0
Nordhausen	1	0	7	0,0	8,0
Saale-Holzland-Kreis	1	0	4	2,0	7,0
Saale-Orla-Kreis	0	0	4	1	5
Saalfeld-Rudolstadt	2	0	4,5	2,5	9
Sömmerda	0,5	0	4	1	5,5
Sonneberg	0	0	5	1	6
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	4	1	11	3	19
Unstrut-Hainich-Kreis	2	0	7	2,5	11,5
Eisenach/Wartburgkreis	3	1	11	2	17
Weimar/Weimarer Land	8	0	13	6	27
Gesamt	44,2	4	209,75	51,5	309,5

Quelle: KVT/KÄV vom 11. April 2011, Spalten „Tatsächlich im Planungsbe-
reich“/Spaltenüberschriften wie im Original

49 Siehe SGB V, § 101 Abs. 4 „Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 1. Januar 1999 zu ermitteln. Zu zählen sind die zugelassenen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach § 95 Abs. 10 zugelassen werden. Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen.“

50 Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie, Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Neurologie.

51 Ausschließlich psychotherapeutisch tätige FA für Kinder- und Jugendmedizin, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; die Bezeichnung „ärztliche Kindertherapeuten“ ist der Statistik der KVT/KÄV vom 11. April 2011 entnommen.

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung findet sich in allen Planungsbereichen eine gewisse Anzahl von Praxen. Die Bandbreite ist dabei groß, von vier Praxen im Landkreis Hildburghausen bis zu 56 Praxen in der Landeshauptstadt Erfurt. In der folgenden Tabelle werden die absoluten Anzahlen der Fachärztinnen/-ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten auf die Bevölkerungszahl bezogen, um die relative Versorgungsdichte und deren Unterschiede zu verdeutlichen.

Die in der Tabelle ausgewiesenen Relationen: „*FÄ je 100 TSD EW*“ Fachärztinnen/-ärzte je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner, „*EW je FA*“ Einwohnerinnen/Einwohner je Fachärztin/-arzt, „*PT je 100 TSD EW*“ Psychotherapeutinnen/-therapeuten je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner und „*EW je PT*“ Einwohnerinnen/Einwohner je Psychotherapeutin/-therapeut verdeutlichen die Versorgungsdisparitäten, die zwischen den einzelnen Planungsregionen im Freistaat Thüringen bestehen. Es ist auch zu erkennen, dass die psychotherapeutische Versorgungsdichte in der Summe und in jeder Region deutlich höher ist als die fachärztliche Versorgungsdichte.

Tab. 9: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit KV-Abrechnung (FÄ) mit KV-Abrechnung im 4. Quartal 2010 sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PT) im Freistaat Thüringen in Relation zur Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (EW) im Jahr 2010

Planungsbereiche	Anzahl FÄ absolut	FÄ je 100 TSD EW	EW je FA	Anzahl PT absolut	PT je 100 TSD EW	EW je PT
Altenburger Land	4	4,06	24.624	11,0	11,17	8.954
Eichsfeld	5	4,76	21.003	16,0	15,24	6.563
Erfurt	23	11,34	8.820	56,3	27,75	3.603
Gera	10	10,17	9.830	27,5	27,97	3.575
Gotha	6	4,35	22.973	18,7	13,57	7.371
Greiz	2	1,87	53.592	13,0	12,13	8.245
Hildburghausen	2	2,99	33.487	4,0	5,97	16.743
Ilm-Kreis	4	3,57	27.977	7,0	6,26	15.987
Jena	18	17,41	5.743	38,0	36,76	2.720
Kyffhäuserkreis	5	6,18	16.186	3,0	3,71	26.977
Nordhausen	6	6,72	14.874	8,0	8,96	11.155
Saale-Holzland-Kreis	4	4,63	21.592	7,0	8,10	12.338
Saale-Orla-Kreis	4	4,57	21.900	5	5,71	17.520
Saalfeld-Rudolstadt	6	5,16	19.387	9	7,74	12.924
Sömmerda	2	2,74	36.448	5,5	7,54	13.254
Sonneberg	3	5,02	19.913	6	10,04	9.956
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	6	3,56	28.059	19	11,29	8.861
Unstrut-Hainich-Kreis	7	6,45	15.500	11,5	10,60	9.435
Eisenach/Wartburgkreis	8	4,62	21.635	17	9,82	10.181
Weimar/Weimarer Land	13	8,73	11.453	27	18,13	5.514
Gesamt	138	6,21	16.115	309,5	13,92	7.185

Quelle: KVT

4.2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

4.2.2.1 Konzeptionelle Grundlagen

Bei den Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) handelt es sich um ambulante Krankenhausleistungen, die von psychiatrischen Fachkliniken oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (wenn sie ermächtigt sind) erbracht werden können. Die Vergütung erfolgt direkt durch die Krankenkassen.

Die lange strittige Errichtung und Zulassung (Ermächtigung) Psychiatrischer Institutsambulanzen hat mit § 118 Abs. 1 SGB V eine inzwischen akzeptierte Rechtsgrundlage gefunden: „Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.“

Die Klarstellung der gesetzlichen Grundlagen hat dazu geführt, dass bundesweit von 434 Fachkrankenhäusern und Abteilungen 418 über Institutsambulanzen verfügen.⁵²

4.2.2.2 Ist-Situation

Für die psychiatrischen Institutsambulanzen in Thüringen gelten zwei gesetzliche Grundlagen: Für die PIAs der psychiatrischen Krankenhäuser der Abs. 1 des § 118 SGB V, für die PIAs der Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung der Abs. 2 des § 118 SGB V. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Aufgaben für die PIAs. Ebenso ist die Vergütung zum Teil sehr unterschiedlich geregelt (Pauschalvergütung oder Abrechnung der Einzelleistungen nach dem bayerischen Modell).

Im Freistaat Thüringen arbeiten 19 Psychiatrische Institutsambulanzen; 17 davon haben an der Erhebung teilgenommen, davon wiederum sind drei auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche ausgerichtet.⁵³

Im Durchschnitt (der 17) hat eine Institutsambulanz im 4. Quartal 2010 in Thüringen 559 Patientinnen und Patienten behandelt. Mit einer Zahl von ca. 130.800 Einwohnerinnen und Einwohner je PIA liegt die Versorgung im Freistaat Thüringen höher als im Bundesdurchschnitt, wo ca. 180.000 Einwohnerinnen und Einwohner je PIA (im Jahr 2007) gezählt wurden.⁵⁴

Eine Betrachtung der Altersverteilung der Patientinnen bzw. Patienten zeigt, dass in Institutsambulanzen größere Anteile von „älteren“ psychisch Kranken behandelt werden. Der Anteil der 65-jährigen und Älteren liegt bei den allgemeinspsychiatrischen Ambulanzen hier bei 24,1 %.

52 Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven – Bericht, erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz, Stand: Feb. 2007, S. 28f.

53 Eine weitere Ambulanz gibt an, Kinder und Jugendliche in einer Größenordnung von ca. 80 Fällen pro Jahr zu behandeln, was sich jedoch anteilmäßig bezogen auf die Gesamtheit (s. Tabelle 10) nur gering auswirkt.

54 Psychiatrie in Deutschland, a.a.O., S. 28.

Tab. 10: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010 in %

Altersgruppen	Institutsambulanzen nach Gruppen von Patientinnen und Patienten			
	allgemein (n = 9)	KiJu (n = 3)	gemischt (n = 5)	Gesamt (n = 17)
von 0 bis unter 18 Jahre alt	0,0	98,7	0,8	17,6
von 18 bis unter 30 Jahre alt	14,0	1,3	23,4	14,5
von 30 bis unter 45 Jahre alt	21,7	0,0	23,2	18,3
von 45 bis unter 60 Jahre alt	31,8	0,0	27,2	24,8
von 60 bis unter 65 Jahre alt	8,6	0,0	6,0	6,3
von 65 bis unter 75 Jahre alt	11,9	0,0	10,2	9,3
75 Jahre alt und älter	12,2	0,0	9,6	9,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

In den altersgemischten Institutsambulanzen beträgt der Frauenanteil ca. 60 %; in den Kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanzen macht demgegenüber der Anteil der männlichen Patienten mehr als 70 % aus.

Die durchschnittlichen Patientinnen-/Patientenanteile nach ICD-Diagnosen machen deutlich, dass hauptsächlich „Affektive Störungen“, „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störungen“ sowie „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ behandelt werden. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen dominieren als Krankheitsbilder „Entwicklungsstörungen“ sowie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.“

Tab. 11: Verteilung der ICD-Diagnosen in Institutsambulanzen im Jahr 2010 (n = 17)

ICD-Einstufungen	durchschnittlich in %
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	7,8
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störungen	17,3
F30-F39 Affektive Störungen	21,1
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14,1
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,9
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,9
F70-F79 Intelligenzstörung	3,4
F80-F89 Entwicklungsstörungen	3,8
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10,1
andere ICD-Einstufungen	5,6

Das Qualifikationsprofil der Beschäftigten in den Institutsambulanzen (Fachpersonal) zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 12: Berufsgruppenspektrum (Fachpersonal) in den Institutsambulanzen im Jahr 2010
(n = 17)

Berufsgruppen	in %
Ärztinnen/Ärzte	23,6
Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten	10,6
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	33,1
Motopädagogin/-pädagogin	0,4
MTA/Funktionsdiagnostik	0,4
Physiotherapeutinnen/-therapeuten	0,9
Psychologinnen/Psychologen	20,4
Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-pädagogen	10,7
Gesamt	100,0

In den Institutsambulanzen entfallen auf Pflegekräfte knapp ein Drittel, auf Ärztinnen/Ärzte rd. 24 % und auf Psychologinnen/Psychologen ca. 20 % des beschäftigten Fachpersonals.

Sechs der Institutsambulanzen gaben an, dass sie zukünftig ihren Personalbedarf an Ärztinnen bzw. Ärzten nur noch mit großen Schwierigkeiten werden decken können.

Ebenfalls sechs PIA wiesen darauf hin, dass ihre Patientinnen bzw. Patienten auf einen Behandlungsplatz warten müssen, darunter die vier kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen. Wenn Wartezeiten auftreten, sind diese bei den allgemeinen Institutsambulanzen kürzer (eher im Bereich bis zu vier Wochen) als bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen.

4.2.2.3 Stärken und Schwächen

Die *Stärken und Schwächen* der Versorgung psychisch Kranker *in der Region*, die von den PIA benannt wurden, werden im Folgenden zusammenfassend beschrieben. Die Institutsambulanzen haben im Rahmen der Befragung dazu durchweg ausführlich geantwortet. Dabei sind die Einschätzungen *stark von der regionalen Lage geprägt*. Da diese hinsichtlich der verfügbaren Behandlungskapazitäten sehr unterschiedlich ist, fallen die regionalen Situationsbeschreibungen sehr divergent aus:

Stärken der regionalen Versorgung aus Sicht der Institutsambulanzen

Ein Teil der Institutsambulanzen hat sich – im Rahmen der Befragung – zu den Stärken der regionalen Versorgung geäußert und dabei darauf hingewiesen, dass

- das Angebot einer abgestuften Versorgungskette (PIA, Tagesklinik, vollstationärer Bereich) für die Allgemeinpsychiatrie bestehe und die Kooperation mit Sozialämtern auf hohem Niveau stattfinde
- ein gut eingespielter gemeindepsychiatrischer Verbund und ein gutes Netzwerk ambulanter Suchthilfen bestehe und der Sozialpsychiatrische Dienst fachärztlich besetzt sei

- alle kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder diagnostiziert und behandelt werden könnten. In einem Fall wird hervorgehoben, dass im Rahmen eines "Regionalbudgets" ein friktionsloser Übergang von stationärer in ambulante Behandlung möglich sowie vor- und nachstationäre Behandlung und Kriseninterventionen zur Vermeidung vollstationärer Behandlung möglich seien.

Schwächen/Versorgungsdefizite aus Sicht der Institutsambulanzen

Ein Teil der Institutsambulanzen hat im Rahmen der Befragung Einschätzungen zu regionalen Versorgungsdefiziten abgegeben und hervorgehoben, dass

- die Versorgung mit niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten unzureichend sei, mit der Folge dass lange Wartezeiten entstünden. Das erhöhe den Druck auf Krankenhaus-einweisungen und PIA – notfallmäßige Einweisungen nähmen zu
- der örtliche SpDi personell stark unterbesetzt und das Fehlen der ärztlichen Kompetenz an dieser Stelle ein großes Problem sei
- ein Missverhältnis von niedergelassenen Ärztinnen/-ärzten im Bereich Neurologie zu Psychiatern bestehe, zuungunsten des Fachgebietes Psychiatrie/Psychotherapie
- bestimmte (örtliche) Behandlungs-/Betreuungsangebote fehlen, wie teilstationäre und tagesstrukturierende Angebote für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten, Plätze in Übergangswohnheimen, Angebote im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens, Arbeitsangebote für erwerbsfähige, psychisch behinderte Menschen sowie flexible Teilhabeangebote am Arbeitsleben für erwerbsunfähige, psychisch behinderte Menschen.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems in der stationären Psychiatrie wird durchweg negativ gesehen.

Es wird auch der Hinweis gegeben, dass der Aufnahmepressure für die stationären Versorgungsbereiche weiter ansteigen werde, begründet durch steigende „Morbiditätslast“ in der Bevölkerung, die demografische Entwicklung und „rapide wegbrechende ambulante Versorgungsstrukturen“ vor allem im haus- und fachärztlichen Sektor. Dies würde dann bedeuten, so die geäußerte Schlussfolgerung, dass man über die stationären und teilstationären Kapazitäten der psychiatrischen Behandlung neu befinden müsste.

4.2.3 Sozialpsychiatrische Dienste

4.2.3.1 Konzeptionelle Vorgaben und empfohlene Ressourcenausstattung

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) ist eine im Geschäfts- und Organisationsplan des Gesundheitsamtes (eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt) als Fachgebiet ausgewiesene Organisationseinheit, die fachlich selbstverantwortlich tätig wird. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Freistaat Thüringen sind in den §§ 3 bis 9 des ThürPsychKG beschrieben. Die darauf aufbauenden „Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur Sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen“⁵⁵ geben Anhaltspunkte für die Gestaltung. Diese sollen hier in Auszügen dargestellt werden, weil der SpDi eine wesentliche und vielgestaltige Rolle im kommunalen psychiatrischen Versorgungssystem spielt:

55 In der Fassung 01/2006, S. 3 ff.

Zum einen im Hinblick darauf, dass er an der Schnittstelle (dem Übergang) zwischen *Behandlungsangeboten* und *Angeboten der Eingliederungshilfe* für seelisch behinderte Menschen (und Suchtkranke) agiert, die Leistungen z. B. nach SGB XII (Eingliederungshilfe) benötigen. Zum anderen ist der SpDi auch der staatliche „Arm“, der bei der Ausführung des ThürPsychKG im Zusammenhang mit Einweisungen hoheitliche Aufgaben wahrnimmt.

Die *Zielgruppen* des SpDi sind

- psychisch Kranke, chronisch psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen, darunter insbesondere: psychische Alterskranke, psychisch Kranke sowie drogengefährdete und abhängige Kinder und Jugendliche, geistig behinderte Menschen in psychiatrischen Krisensituationen sowie suchtkranke Menschen
- Personen, die von einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung bedroht sind, und
- von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung betroffene Angehörige.

Das *Aufgabenspektrum* des SpDi umfasst

- psychiatrische Diagnostik und Behandlung (Diagnostik psychischer Störungen, Erkrankungen und Behinderungen; Einleitung oder Erhaltung einer ambulanten fachärztlichen Behandlung; Behandlungsmaßnahmen in der Krisenintervention; Beratung zur freiwilligen Behandlung in einer stationären Facheinrichtung)
- Koordination der Hilfen im Einzelfall
- Gutachten zum Hilfebedarf bei psychischen Erkrankungen oder Störungen im Auftrag anderer Kosten- und Leistungsträger oder Dienststellen
- Koordination und regionale Psychiatrieplanung in Verantwortung der Psychiatriekoordinatorin/des Psychiatriekoordinators
- Unterbringungen im Rahmen hoheitlicher Aufgabenwahrnehmung
- Bereitschaftsdienste sowie die Sicherstellung von Bereitschaftsdiensten
- Nachsorge (Durchführung von Beratungsaufgaben etc.)
- Dokumentation und Planung zu Fragen der gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgung.

Empfohlene personelle Mindestausstattung

Die Empfehlungen zur Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste werden als Mindestpersonalausstattung mit Fachmitarbeiterinnen/-mitarbeitern formuliert.⁵⁶ Sie sehen auf Basis des § 4 Abs. 1 ThürPsychKG vor, dass ein Sozialpsychiatrischer Dienst durch eine Psychiaterin/einen Psychiater, in Ausnahmefällen durch eine/n in der Psychiatrie erfahrenen Ärztin/Arzt geleitet werden muss. Neben der ärztlichen Leitung sind vier (nicht ärztliche) Fachkräfte für 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner erforderlich. Diese sollen über folgende Qualifikationen verfügen: Diplom-Sozialarbeiterin/-arbeiter oder

56 A.a.O., S. 6.

Diplom-Sozialpädagogin/-pädagoge, Krankenschwester/-pfleger oder Diplom-Psychologin/-Psychologe.⁵⁷

4.2.3.2 Ist-Situation

Im Freistaat Thüringen sind derzeit 22 Sozialpsychiatrische Dienste tätig. Die Versorgung der kreisfreien Stadt Eisenach wird durch den SpDi des Wartburg-Kreises übernommen.

Personelle Ausstattung

Für die Bestimmung der Personalausstattung liegen die Daten des Jahres 2010 vor: In neun SpDi wird die Leitung durch Ärztinnen bzw. Ärzte wahrgenommen, die Vollzeit (40 Stunden) oder nahezu Vollzeit (min. 35 Stunden) arbeiten, in weiteren vier SpDi arbeiten die Ärztinnen/Ärzte auf Teilzeitbasis. Das bedeutet, dass in den restlichen neun SpDi des Freistaates Thüringen ärztliche Kompetenz nicht ständig zur Verfügung steht.

In zehn SpDi werden weitere hauptamtlich Beschäftigte auf Honorarbasis eingesetzt, in sehr unterschiedlichem Umfang. Landesweit machen Honorarkräfte bei den SpDi rechnerisch insgesamt knapp zwei Vollzeitstellen aus, von denen allein 1,5 Stellen auf eine kreisfreie Stadt und einen Landkreis entfallen.

Insgesamt werden im Freistaat Thüringen in den SpDi 75,6 Vollzeitstellen-Äquivalente (plus zwei Honorarkräfte) eingesetzt und zwar in folgender Struktur:

Tab. 13: *Vollzeitstellen der Fachkräfte in den Sozialpsychiatrischen Diensten der Jahre 2010 und 2000*

Berufsgruppen	Vollzeitstellen	
	2010	2000
Ärztinnen/Ärzte	11,1	16,0
Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-pädagogen	59,0	50,0
Psychologinnen/Psychologen	2,5	2,8
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	1,0	2,75
Heilpädagoginnen/-pädagogen	1,0	0,0
Sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten	1,0	0,0
Gesamt	75,6	71,6

Klientinnen und Klienten

Insgesamt 17 SpDi haben Angaben zu ihren Klientinnen/Klienten gemacht. Danach betreuen sie zum Stichtag 31. Dezember 2010 10.605 Klientinnen/Klienten. Hochgerechnet ergibt sich daraus, dass landesweit zum Jahresende 2010 knapp 15.000 Klientinnen und Klienten von 23 SpDi beraten, behandelt und betreut werden. Dabei reicht die Spannweite von unter 300 bis knapp 2.000 Klientinnen bzw. Klienten; die durchschnittliche Zahl liegt 624 Personen. Die durch Hochrechnung ermittelte Gesamtzahl auf Basis der

57 Darüber hinaus werden weitere Qualifizierungsvoraussetzungen für ärztliche Leiterin/den ärztlichen Leiter sowie die nichtärztlichen Fachmitarbeiterinnen und -mitarbeiter formuliert, die hohe Anforderungen an die berufliche Erfahrung potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten stellen.

Angaben des Jahres 2010 (n = 17) deckt sich weitgehend mit den Angaben in der Statistik „Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke“ (Berichtsjahr 2010), in der 15.900 psychisch Kranke dokumentiert wurden.

48,3 % der Klientinnen bzw. Klienten waren Männer und 51,7 % Frauen. Im Jahr 2000 betrug die Relation 53,4 % Männer zu 46,6 % Frauen. Dabei muss betont werden, dass sich die Geschlechterverteilung in den einzelnen SpDi sehr unterschiedlich darstellt.

Tab. 14: Altersverteilung der Klientinnen/Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2010 (n = 16)

Altersgruppen	in %
von 0 bis unter 18 Jahre alt	2,6
von 18 bis unter 30 Jahre alt	19,1
von 30 bis unter 45 Jahre alt	25,3
von 45 bis unter 60 Jahre alt	26,8
von 60 bis unter 65 Jahre alt	13,4
von 65 bis unter 75 Jahre alt	8,4
von 75 Jahre alt und älter	4,4

Die SpDi werden hauptsächlich durch Klientinnen und Klienten die Altersgruppe der 30- bis 60-Jährigen in Anspruch genommen. Kinder und Jugendliche machen lediglich 2,6 % der betreuten Personen aus. Das zusammen zwischen 350 und 400 jungen Klientinnen bzw. Klienten, die im Jahr 2010 in allen SpDi des Freistaats Thüringen betreut werden.

Die Verteilung der von den SpDi betreuten Personen nach Art der Behinderung zeigt die nachfolgende Tabelle:⁵⁸

Tab. 15: Klientinnen und Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste nach Art der Behinderung im Jahr 2010 (n = 16)

Klientinnen/Klienten nach Art der Behinderung	in %
psychisch kranke oder behinderte Menschen	68,6
suchtkranke Menschen (im Jahr 2000: 15,3 %)	12,9
geistig behinderte Menschen	6,7
mehrfach behinderte Menschen	5,9
Sonstige	5,9

Von dieser durchschnittlichen Verteilung weichen die einzelnen SpDi zum Teil erheblich ab. So reicht zum Beispiel der Anteil suchtkrankender Menschen an der Klientel der SpDi von unter 4 % bis über 30 %. Da lediglich elf SpDi Daten zur ICD-Einstufung ihrer Klientinnen bzw. Klienten vorgelegt haben, wird hier auf eine Darstellung verzichtet.

Wartezeiten

Wartezeiten für Klientinnen bzw. Klienten wurden von vier (der 22) SpDi angegeben. Betroffen von Wartezeiten waren im Jahr 2010 insgesamt 215 Personen. Davon mussten

58 Hier sind Vergleiche zu den Angaben im Jahr 2000 (bis auf die Quote der suchtkranken Personen) nicht möglich, da damals eine andere Kategorisierung verwandt wurde.

160 Klientinnen und Klienten eine Wartezeit von bis zu zwei Wochen sowie 55 Personen von bis zu vier Wochen in Kauf nehmen.

Telefonischer Notdienst bzw. Bereitschaftsdienste

Insgesamt 20 SpDi haben neben ihren regulären Öffnungszeiten einen telefonischen Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst eingerichtet, 14 davon rund um die Uhr und drei nur an Wochenenden.

Aufgabenwahrnehmung

Das inhaltliche Profil der faktischen Aufgabenwahrnehmung der Sozialpsychiatrischen Dienste wird in der Statistik „Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke“ festgehalten.

Tab. 16: *Profil der Aufgabenwahrnehmung (Leistungen) in den Sozialpsychiatrischen Diensten*

Aufgaben	Leistungen 2009		Leistungen 2010	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Hausbesuche durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter	11.666	9,2	11.959	8,7
Hausbesuche durch die Ärztin/den Arzt	2.344	1,9	2.674	1,9
Konsultation und Beratung im Amt (auch telefonisch)	90.363	71,4	101.973	73,8
Krisenintervention*	3.292	2,6	3.935	2,8
Zahl der Einweisungen nach Thüringischem PsychKG	1.332	1,1	1.554	1,1
Zahl der Gutachten nach dem Betreuungsgesetz	170	0,1	149	0,1
Zahl der freiwilligen Einweisungen	528	0,4	450	0,3
Zahl der Gutachten nach Thüringischem PsychKG	524	0,4	365	0,3
Zahl der Gutachten nach dem Betreuungsgesetz	961	0,8	938	0,7
Zahl sonstiger Gutachten	630	0,5	847	0,6
sonstige Leistungen	14.763	11,7	13.303	9,6
Gesamt	126.573	100,0	138.147	100,0

* werden in vier SpDi nicht gezählt

Quelle: Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke in den Jahren 2009 und 2010 (Thüringer Landesverwaltungsamt)

Den weitaus größten Anteil der Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste machen mit 73,8 % (71,4 %) Konsultationen und Beratungen (auch telefonisch) im Amt aus.

Im Rahmen aufsuchender Arbeit kommt es zu 11.959 (11.666) *Hausbesuchen durch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter*, die 8,7 % (9,2 %) aller Leistungen betragen. Die Anzahl der Hausbesuche durch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter ist über die Jahre 2007 bis 2010 relativ konstant, sie liegt durchgängig zwischen gut 11.600 und knapp 12.000 im Jahr.

Hausbesuche durch Ärztinnen bzw. Ärzte wurden 2010 insgesamt 2.674-mal durchgeführt (2009: 2.344, 2008: 2.048 und 2007: 2.226). Trotz der abnehmenden Zahl der Ärztinnen bzw. Ärzte in den SpDi weisen die ärztlichen Hausbesuche einen Anstieg aus (+ 20,1 % im Dreijahreszeitraum).

Nimmt man die Zahlen des Jahres 2010 als Grundlage, dann werden von 22 SpDi insgesamt 14.633 Hausbesuche jährlich durchgeführt, das sind 636 pro SpDi und Jahr, was bedeutet, dass im Durchschnitt 2,45 Hausbesuche je Werktag und je SpDi (Montag bis Freitag) stattfinden. Rechnet man die anfallenden Fahrzeiten hinzu, kann man davon ausgehen, dass (grob geschätzt) ca. 20 Vollzeitstellen-Äquivalente landesweit für aufsuchende Tätigkeiten der SpDi aufgewandt werden, etwa ein Viertel der Fachpersonalkapazität.

Kriseninterventionen – eine wichtige Aufgabe der SpDi – wurden im Jahr 2010 3.935 Mal durchgeführt⁵⁹; hier zeigt sich gegenüber den Vorjahren eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme von rd. 67 % im Dreijahreszeitraum (2007: 2.360; 2008: 2.440; 2009: 3.292).

Die *Zahl der Einweisungen nach ThürPsychKG* hat sich von 2007 auf 2010 folgendermaßen entwickelt: 2007: 1.406, 2008: 1.358, 2009: 1.332 und 2010: 1.554. Nach einem zunächst leichten Absinken gegenüber 2007 sind die Einweisungszahlen 2010 im Vergleich zu 2007 um absolut 148 bzw. 10,5 % angewachsen.

Kriseninterventionen und *Einweisungszahlen* weisen seit 2007 beide deutliche Steigerungen auf. Diese Entwicklung muss aufmerksam beobachtet werden, weil sie als ein wichtiger Indikator für einen *steigenden Bedarf nach Leistungen* der Sozialpsychiatrischen Dienste gewertet werden kann.

*Delegation der Aufgabenwahrnehmung an Einrichtungen freier Träger (§ 4 Abs. 1 ThürPsychKG)*⁶⁰

Das ThürPsychKG eröffnet die Möglichkeit der Übertragung nicht hoheitlicher Teilaufgaben der Vor- und Nachsorge an Facheinrichtungen freigemeinnütziger Träger. Vierzehn SpDi haben im Rahmen der Erhebung angegeben, dass sie von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben.

Kooperation und Zusammenarbeit

Gefragt nach Kooperationspartnern und einer Bewertung der der Zusammenarbeit aus Sicht der SpDi auf Basis von Schulnoten ergibt sich aus der schriftlichen Befragung folgende Situation:

59 Kriseninterventionen wurden von 19 der 23 SpDi angegeben.

60 Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur Sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen in der Fassung 01/2006, S. 10.

Tab. 17: Kooperationspartner der Sozialpsychiatrischen Dienste (Reihenfolge in % der Nennungen) und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010 (n = 21)

Kooperationspartner	in %	Bewertung in Schulnoten
Beratungsstellen	100,0	1,8
niedergelassene Hausärztinnen/Fachärztinnen/-ärzte	100,0	2,1
Polizei	100,0	1,7
Psychiatrische Kliniken	100,0	2,2
Sozialämter	100,0	2,0
Tagesstätten	100,0	1,7
(ambulant) Betreutes Wohnen	95,2	1,8
ambulante Krankenpflege/Altenpflege	95,2	1,9
Jugendämter	95,2	2,2
niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten	95,2	2,2
Werkstätten für Behinderte	95,2	1,5
JVA, Gericht/Staatsanwaltschaft, Bewährungshilfe	85,7	1,9
stationäre Wohnheime	85,7	2,0
Allgemeinkrankenhäuser	81,0	2,0
Kurzzeit-/Tagespflege	81,0	1,9
stationäre Pflegeheime	81,0	2,0
(andere) Arbeits-/Beschäftigungsangebote	71,4	2,0
Fachkrankenhäuser	71,4	2,1
Kranken-/Rentenversicherungsträger	71,4	2,1
Selbsthilfegruppen	71,4	1,5
Wohnungslosenhilfen	71,4	1,9
Arbeitgeber/Betriebe	42,9	1,8
Schulen	38,1	2,0

Die am häufigsten genannten Kooperationspartner sind erwartungsgemäß die Beratungsstellen, die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, die Polizei, Psychiatrische Kliniken, Sozialämter und Tagesstätten.

Die Inhalte der Zusammenarbeit der SpDi mit anderen Diensten und Einrichtungen (auf Basis von 22 ausgewerteten Rückmeldungen) zeigen folgendes Profil:

Tab. 18: *Inhalte der Zusammenarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen Diensten und Einrichtungen im Jahr 2010 (n = 22)*

Inhalte der Kooperation	Anzahl der SpDi
Beratung/Anleitung von Fachkräften in anderer/neuer Einrichtung	22
Übergabegespräch in anderer/neuer Einrichtung	10
schriftliche Fallübergabe	8
gemeinsame Eingangsdagnostik	2
gemeinsame Fallgespräche im Verlauf	21
gemeinsame schriftliche Hilfeplanungen	14
gemeinsame Abschlussgespräche	8
Sonstiges	4

In allen SpDi wird die Beratung/Anleitung von Fachkräften anderer Einrichtungen umgesetzt. Zudem werden mit fast allen Kooperationspartner gemeinsame Fallgespräche durchgeführt. Schriftliche Hilfeplanungen werden von 14 SpDi als ein wesentliches Feld der Zusammenarbeit angegeben.

4.2.3.3 Stärken und Schwächen⁶¹

Stärken der regionalen Versorgung aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Dienste

Ein Teil der SpDi hebt das örtlich gut ausgebaute insbesondere stationäre, aber auch ambulante psychiatrische Hilfesystem besonders im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie hervor. Hier werden vielfältige Angebote zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, tagestrukturierende Maßnahmen, Teilhabe am Arbeitsleben etc. vorgehalten.

Zum Teil wird auf den gut funktionierenden Gemeindepsychiatrischen Verbund und die gute Kooperation vor Ort verwiesen.

Von einigen werden auch regelmäßige monatliche Hilfeplankonferenzen mit einem einheitlichen System der Hilfeplanung und einem strukturierten Hilfeplanprozess (in enger Abstimmung mit den Sozialarbeiterinnen/-arbeitern des Sozialamtes) als Stärke hervorgehoben.

Als Stärke wird verschiedentlich der hohe Anteil der Hausbesuche durch den SpDi gesehen in Verbindung mit einer raschen Reaktion bei Krisensituationen.

Ebenso wird auf gute Kontakte im Bereich der Selbsthilfe verwiesen.

Schwächen und Defizite

Von einigen SpDi wird der hohe Zeitaufwand für die Hilfeplanung kritisch gesehen. Zwar wird die inhaltliche Notwendigkeit der Hilfeplanung unter Beteiligung des SpDi durchweg anerkannt, bemängelt wird jedoch, dass dadurch die zur Verfügung stehende Zeit für die Versorgung von chronisch psychisch kranken und mehrfachbehinderten Menschen

61 Die Aussagen, die im Folgenden aufgeführt werden, sind nicht für alle SpDi des Freistaats Thüringen in gleichem Maße gültig und relevant. Dazu sind die regionalen (Stadt – Land) und kommunalen Unterschiede zu groß. Viel hängt davon ab, welches Gewicht dem jeweiligen SpDi in der Stadt bzw. dem Landkreis von Verwaltungsspitze und örtlicher Politik zugemessen wird.

stark beschränkt wird. Es wird vielfach beklagt, dass die Personaldecke generell zu dünn sei, gemessen an der Aufgabenfülle der SpDi, jedoch insbesondere bei plötzlichem Ausfall von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, weil dann die Versorgung nur schwer aufrechtzuerhalten sei. Auf die gesetzliche Verpflichtung zur fachpsychiatrischen Leitung der SpDi gemäß § 4 Abs. 1 ThürPsychKG sei an dieser Stelle verwiesen.

Die Anzahl der ambulant tätigen Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Fachrichtung wird in einigen SpDi-Bezirken als zu gering angesehen, insbesondere im ländlichen Raum.

Aufgrund der Zunahme der Kriseninterventionen und der Einweisungen (und der damit verbundenen Tätigkeiten der SpDi) kommen (wegen der Personalknappheit) die notwendigen vor- und nachsorgenden Betreuungstätigkeiten für die „Dauerklientel“ zu kurz, was wiederum die Gefahr von Krisen (mit der Folge von Einweisungen) steigert.

Es fehlen mancherorts spezifische Angebote für Jugendliche (und junge Erwachsene) in psychosozialen Krisensituationen und mit schlechter Sozialprognose aufgrund von „Multiproblemlagen“. Es ist von einer Zunahme familiärer Krisen mit psychischen Entgleisungen auszugehen. Die Hilfen zur Bewältigung von Lebenskrisen (z. B. verursacht durch Drogenkonsum) bei Jugendlichen können durch die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nicht im erforderlichen Maß abgedeckt werden.

In einigen Kommunen fehlen auf den spezifischen Bedarf zugeschnittene Angebote für die wachsende gerontopsychiatrische Klientel (z. B. mit Demenzproblematik). Dies gilt auch für Hilfeangebote für alt gewordene psychisch kranke Menschen.

Angemahnt werden auch die Schaffung niedrigschwelliger Angebote, eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in ländlichen Regionen und leichtere Zugangsmöglichkeiten zu den Hilfeangeboten.

4.2.4 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

4.2.4.1 Konzeptionelle Vorgaben

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sind wichtige Bausteine der gemeindenahen Versorgung psychisch kranker, insbesondere chronisch psychisch kranker Menschen. Gemäß § 4 Abs. 1 ThürPsychKG und den darauf basierenden „Fachempfehlungen (...)“⁶² stellen sich ihre Aufgaben insbesondere wie folgt dar:

Zielgruppen

Die Zielgruppen der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sind:

- psychisch kranke Menschen, chronisch kranke, seelisch behinderte Menschen, dabei insbesondere auch psychisch Alterskranke, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, geistig Behinderte in psychiatrischen Krisensituationen
- Personen, die von einer psychischen Erkrankung oder Behinderung bedroht sind

62 Siehe Fachempfehlungen des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit und der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Thüringen für die Arbeit und Struktur psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG, Stand 08/2010.

- von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung mit betroffene Angehörige
- Suchtkranke hinsichtlich ihres gemeindepsychiatrischen Betreuungsbedarfs, soweit dieser nicht durch Fachdienste der ambulanten Suchtkrankenhilfe abgedeckt wird.

Aufgabenspektrum

Das Aufgabenspektrum der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen umfasst:

- Befunderhebung und Sicherung von psychiatrischer Behandlung, inkl. von Maßnahmen zur Krisenintervention
- vor- und nachsorgende Hilfen, u.a. sozialpsychiatrische Beratung der Betroffenen in der Beratungsstelle oder als nachgehende Betreuung im häuslichen Bereich, lebenspraktische Unterstützung im häuslichen Bereich
- Koordination der Hilfen im Einzelfall
- Koordination und regionale Planung (zum Beispiel in Form von Wirkung im Rahmen der Planungsverantwortungen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und vergleichbarer Gremien)
- vor- und nachsorgende Hilfen bei Unterbringungen nach ThürPsychKG
- Dokumentation und Planung.

Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten

Die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen arbeiten eng mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zusammen. Zur Bestimmung bzw. Abgrenzung der Aufgaben bzw. Aufgabenschwerpunkte der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen innerhalb eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sollen verbindliche Kooperationsbeziehungen (vertraglich abgesichert) geschaffen werden. In diesem Rahmen ist es möglich, vor- und nachsorgende Aufgaben der gemeindenahen Sozialpsychiatrie vertraglich an Einrichtungen freigemeinnütziger Träger zu delegieren.

Ein Teil der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen verfügt über zusätzliche Angebote in Form von *Begegnungsstätten*, *offenen Treffs* u. ä. für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen. Die Begegnungsstätte unterstützt die zunehmenden Bedürfnisse vieler Betroffenen nach Kontakt-, Kommunikations- und Beratungsangeboten. Meist ist sie erster Anlaufpunkt, um Zugang zu den bestehenden Hilfen zu ermöglichen und am sozialen Leben (wieder) teilzunehmen. Die niedrighschwellige Angebotsform ist in vielen Landkreisen und kreisfreien Städten in das bestehende Versorgungssystem integriert und steht somit in enger Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen.

Empfohlene personelle Mindestausstattung

Die Empfehlungen zur Personalausstattung der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle werden als Mindestpersonalausstattung mit Fachmitarbeiterinnen/-mitarbeitern formuliert.⁶³ Bei der quantitativen Bestimmung der (Mindest-)Personalressourcen sind die empfohlenen Aufgabenabgrenzungen der Musterdelegationsvereinbarung zwischen

63 A.a.O., S. 8.

Kontakt- und Beratungsstelle einerseits und dem Sozialpsychiatrischen Dienst andererseits berücksichtigt. Unter diesen Voraussetzungen soll je 50.000 Einwohnerinnen/Einwohner eine/ein Fachmitarbeiterin/-mitarbeiter in der Kontakt- und Beratungsstelle beschäftigt sein. Für ein regelmäßiges Begegnungsangebot soll ergänzend eine Fachkraft je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern eingesetzt werden. Sollte sich bei diesen Berechnungen eine Gesamt-Mitarbeiterinnenzahl/-mitarbeiterzahl von unter zwei ergeben, sollen zur Sicherung von Vertretungen zwei teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eingestellt werden.

Die Tätigkeiten sollen von Dipl.-Sozialarbeiterinnen/-arbeitern oder Dipl.-Sozialpädagoginnen/-pädagogen oder Krankenschwestern/-pflegern oder Dipl.-Pädagoginnen/-pädagogen oder Dipl.-Psychologinnen/-psychologen ausgeführt werden.

4.2.4.2 Ist-Situation

Im Freistaat Thüringen werden Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen in 15 der 17 Landkreise und in allen kreisfreien Städten vorgehalten.⁶⁴ In zwei Landkreisen ohne Kontakt- und Beratungsstellen beschränken sich die Kontakt- und Beratungsangebote auf die diesbezüglichen Leistungen des örtlichen SpDi sowie einige Angebote im Rahmen von Selbsthilfegruppen bzw. Gesprächskreisen. Im Rahmen der Erhebung konnten Daten von 15 Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen ausgewertet werden – insofern ist das Bild, das empirisch gezeichnet werden kann, lückenhaft.

Personelle Ausstattung

Das Qualifikationsprofil der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen wird zu über 70 % durch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter bzw. Sozialpädagoginnen/-pädagogen geprägt. Etwa 13 % machen Psychologinnen/Psychologen aus (n = 10). Ärztliche Qualifikation ist nicht vorhanden, Pflegekräfte und Heilpädagoginnen/-pädagogen mit geringen Anteilen. Sechs Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen geben an, dass sie derzeit in ihrer Einrichtung auf ehrenamtliche/freiwillige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zurückgreifen können. Aus den zur Verfügung gestellten Daten kann nicht abgeleitet werden, inwieweit die eingesetzten Personalressourcen der „empfohlenen Mindestausstattung“ gerecht werden.

Merkmale der Klientinnen und Klienten

Die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen werden hauptsächlich durch Klientinnen und Klienten in Anspruch genommen, die zur Altersgruppe der 30- bis 60-Jährigen gehören. (Anteil: 62 %, n = 14). Kinder und Jugendliche machen lediglich 5,8 % der betreuten Personen aus. Knapp 10 % sind 65 Jahre alt oder älter. 55 % der Klientinnen/Klienten sind weiblich, 45 % männlich.

64 Psychiatriewegweiser Thüringen, 2010 – eigene Auswertung.

Tab. 19: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen im Jahr 2010 (n = 14)

Altersgruppen	in %
von 0 bis unter 18 Jahre alt	5,8
von 18 bis unter 30 Jahre alt	12,7
von 30 bis unter 45 Jahre alt	30,8
von 45 bis unter 60 Jahre alt	31,4
von 60 bis unter 65 Jahre alt	10,0
von 65 bis unter 75 Jahre alt	6,9
75 Jahre alt und älter	2,4

Die Verteilung der Klientinnen/Klienten nach der Art der Behinderung/Beeinträchtigung geht aus der nachfolgenden Tabelle hervor:

Tab. 20: Klientinnen und Klienten Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen nach Art der Behinderung im Jahr 2010 (n = 14)

Klientinnen/Klienten nach Art der Behinderung	in %
psychisch kranke oder behinderte Menschen	68,6
suchtkranke Menschen	12,9
geistig behinderte Menschen	6,8
mehrfach behinderte Menschen	5,9
Andere	5,8

Wartezeiten

Fünf der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen geben Wartezeiten von bis zu zwei Wochen an, zwei weisen darauf hin, dass auch Wartezeiten von bis zu vier Wochen von Klientinnen bzw. Klienten in Kauf genommen werden müssen.

4.2.4.3 Stärken und Schwächen

Stärken:

Die Angaben zu Stärken in der Versorgung decken sich weitgehend mit den bereits dazu zitierten Einschätzungen der SpDi. Insofern kann darauf verwiesen werden.

Schwächen/Defizite

Von den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen wird teils die fehlende „Personalsicherheit“ und damit verbunden die personelle sowie die Ausstattung mit Sachmitteln bemängelt.

Die Einschätzungen zur Versorgungssituation (Versorgungsdefizite), die die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in ihrem Zuständigkeitsbereich beschreiben, sind in wesentlichen Teilen mit den regional unterschiedlichen Beschreibungen der SpDi deckungsgleich.

4.2.5 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder

Die *fachärztliche und insbesondere fachpsychotherapeutische Versorgung* im Freistaat Thüringen hat sich in der Summe betrachtet in den letzten ca. zehn Jahren deutlich verbessert. Jedoch bestehen – weiterhin – deutliche regionale Disparitäten und lokale unterdurchschnittliche Ausstattungen. Die Zahl der Praxen konzentriert sich in der mittleren Ost-West-Achse („entlang der A4“), womit sich auch im Freistaat Thüringen das Abbild zeigt, dass fachärztliche/fachpsychotherapeutische (Praxis-)Versorgung sich in städtisch geprägten Räumen konzentriert. Inwieweit hier Anreize gesetzt werden können, diese Situation zu beeinflussen, muss offen bleiben; Instrumentarien wie (z.T. kommunal gestützte) Angebote günstiger Mieträume, Stipendienangebote bei Übernahme von „Landarztsitzen“ o.ä. haben bisher kaum Erfolg gehabt. Erwartet wird, dass hier das Versorgungsstrukturgesetz Anreize setzen wird, die Niederlassung in der Fläche bzw. in statistisch unterversorgten Gebieten dauerhaft zu sichern.

Der Handlungsbedarf dazu ist unabweisbar, denn in Prognosen geht man davon aus, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren (Details können dem bereits angeführten Gutachten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung zur künftigen fachärztlichen Versorgung in Thüringen entnommen werden) insbesondere die hausärztliche, gefolgt von Teilen der fachärztlichen Versorgung eine Ausdünnung erfahren wird. Diese Ausdünnung wird von einer wesentlichen Zahl der befragten Einrichtungen aus allen Versorgungssektoren mit großer Sorge betrachtet.

Der im 2. Psychiatriebericht⁶⁵ geforderte bedarfsgerechte Ausbau der *Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)* ist im Freistaat Thüringen erfolgt. Es gibt jetzt 19 Institutsambulanzen im Land. Gemessen an der Bevölkerungsrelation ist die Versorgung mit PIA im Freistaat Thüringen überdurchschnittlich. Die damals erhobene Forderung: Klinik, Tagesklinik und Institutsambulanz sollen organisatorisch eng verbunden in einer Trägerschaft geführt werden, ist ebenfalls erfüllt. Aufbau und Dezentralisierung der PIA-Angebote sind als örtlich gelungene Versuche zu werten, die regionalen Versorgungsunterschiede im Bereich der niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen/-ärzten zumindest in Grenzen zu kompensieren; dieses Instrumentarium sollte auch in der Zukunft genutzt werden.

Bei der genaueren Betrachtung der (von den Befragten genannten) Stärken der Versorgung psychisch kranke Menschen fällt auf, dass bereits der „normale“ Ausbau- und Kooperationsgrad eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems in einer Region als Stärke betrachtet wird – das dürfte auf die erheblichen regionalen Versorgungsdisparitäten im Freistaat Thüringen zurückzuführen sein. An vielen Stellen wird jedoch auf Versorgungslücken hingewiesen. Gebündelt lassen sich aus den Erhebungen im ambulanten Bereich folgende Handlungsfelder ableiten:

- Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung; Reduktion der Wartezeiten bei der ärztlichen Behandlung, bessere fachärztliche Versorgung im ländlichen Bereich, Stärkung auch der hausärztlichen Kompetenz
- Ermöglichung der gemeinsamen Behandlung durch PIA, niedergelassene Psychiaterinnen/Psychiater und PT (z.B. PIA-Ärztin/Arzt und ambulanten PT)
- Ermöglichung der parallelen teilstationären (in einer TK) und ambulanten fachärztlichen Behandlung
- Ausbau der Tagesklinikplätze durch Umwandlung vollstationärer in teilstationäre Kapazitäten; Stärkung der teilstationären Behandlung

65 A.a.O., S. 51.

- Ausbau von Soziotherapie, flächendeckend und ggf. Errichtung aufsuchender, ambulanter psychiatrischer Pflege (Home Treatment)
- flächendeckende Gewährleistung der Funktionsfähigkeit der SpDi durch Sicherstellung der ärztlichen Leitung und der adäquaten Ausstattung mit Fachpersonal.

Aufgrund der besonderen – auch hoheitlichen Rolle der SpDi – bedürfen die *Handlungsvorschläge zum Sozialpsychiatrischen Dienst* einer besonderen Beachtung. Im 2. Psychiatriebericht zielten die Empfehlungen darauf,⁶⁶ die personelle Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste zu verbessern und die flächendeckende Umsetzung der Anhaltszahlen der Fachempfehlungen des Thüringer Sozialministeriums vom Dezember 1994 umzusetzen, wobei vorrangig die Ausstattung mit Ärztinnen/Ärzten abgesichert werden sollte. Die Ist-Analyse der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2010 hat gezeigt, dass die Ausrichtung der personellen Ausstattung an den Fachempfehlungen des Thüringer Sozialministeriums bei Weitem nicht umgesetzt ist.

Die Zielsetzung für die nächsten Jahre sollte deshalb lauten, die personelle Ausstattung und damit die Aufgabenwahrnehmung des SpDi zu stärken, insbesondere gemäß § 4 Abs. 1 ThürPsychKG im Hinblick auf die zunehmend fehlende ärztliche Kompetenz in den SpDi.

4.3 Stationäre und teilstationäre Versorgung

4.3.1 Ist-Situation

Die folgenden Ausführungen zur somatischen und insbesondere psychiatrischen stationären Versorgung nehmen auf mehrere Quellen Bezug: Krankenhausplanung des Freistaats Thüringen, Daten des Statistischen Landesamts und Bundesamts, Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), durchgeführte Fragebogenerhebungen sowie zur rehabilitativen Versorgung auf Angaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

4.3.1.1 Krankenhausplanung, Krankenhäuser, Abteilungen, Tageskliniken

Der aktuell geltende *6. Thüringer Krankenhausplan* weist für den Freistaat vier Planungsregionen und darin liegende *Krankenhäuser/Fachabteilungen* aus:

- *Nordthüringen* mit acht Krankenhausträgern und insgesamt zwölf Krankenhausstandorten; darin: Ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene und einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen) sowie ein Allgemeinkrankenhaus (Südharz-Krankenhaus Nordhausen) mit je einer psychiatrischen Abteilung für Erwachsene und Kinder und Jugendliche.
- *Mittelthüringen* mit elf Krankenhausträgern und zwölf Standorten; darin: Drei Allgemeinkrankenhäuser (HELIOS Klinikum Erfurt, KH St. Johann Nepomuk Erfurt, Klinikum Weimar) mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene und (HELIOS Erfurt) mit einer psychiatrischen Abteilungen für Kinder und Jugendliche.

66 A.a.O., S. 33.

- *Ostthüringen* mit elf Krankenhausträgern und dreizehn Standorten (darunter das Universitätsklinikum des Landes in Jena); darin: Zwei psychiatrische Fachkrankenhäuser (Ev. Lukas-Stiftung Altenburg, Asklepios Fachklinikum Stadtroda) mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene sowie einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (in Stadtroda); Universitätsklinikum Jena mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche; zwei Allgemeinkrankenhäuser (Thüringen-Kliniken Saalfeld, SRH-Klinikum Gera) mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene.
- *Südwestthüringen* mit neun Krankenhausträgern und elf Krankenhausstandorten; darin: Ein psychiatrisches Fachkrankenhaus (in Hildburghausen) mit psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; ein Allgemeinkrankenhaus (Klinikum Bad Salzungen) mit einer psychiatrischen Abteilung für Erwachsene.

Gemäß 6. Krankenhausplan sind folglich zwölf psychiatrisch-stationäre Behandlungsorte für Erwachsene (ein Uni-Klinikum, vier Fachkrankenhäuser und sieben Allgemeinkrankenhäuser) sowie sechs für Kinder- und Jugendliche (Uni-Klinikum, drei Fachkrankenhäuser, zwei Allgemeinkrankenhäuser) ausgewiesen.

Tageskliniken: Für den Freistaat Thüringen sind im 6. Krankenhausplan und für das Jahr 2010 insgesamt 22 Tageskliniken für erwachsene psychisch kranke Menschen und sieben kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken ausgewiesen, mehrheitlich an den Standorten der psychiatrischen Fachabteilungen selbst, jedoch z.T. auch als Außenstelle geführt. Nachtkliniken sind weder im Jahr 2000 in Thüringen existent gewesen, noch sind sie aktuell vorhanden bzw. vorgesehen.

Allen Psychiatrischen (Fach-)Krankenhäusern bzw. Abteilungen sind gemäß 6. Krankenhausplan *Pflichtversorgungsgebiete* zugeordnet; die diesbezüglichen Übersichten dazu sind in Tab. 21 und Tab. 22 wieder gegeben:

Tab. 21: *Pflichtversorgungsgebiete Psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen*

Planungsregionen/Kliniken	Landkreise und (kreisfreie) Städte
Planungsregion Nordthüringen	
Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Mühlhausen	<ul style="list-style-type: none"> - Landkreis Eichsfeld - Unstrut-Hainich-Kreis - Kyffhäuserkreis - vom Wartburgkreis den nördlichen Teil entlang der alten Kreisgrenze zwischen den ehemaligen Kreisen Eisenach und Bad Salzungen - vom Kreis Sömmerda den größten Teil bis auf das südlich einer Linie Gebesee, Kranichborn, Schlossvippach liegende Territorium, wobei die drei genannten Ortschaften zu diesem Territorium gehören - Landkreis Gotha - Nördlicher Ilmkreis
Südharz-Krankenhaus gGmbH, Nordhausen	<ul style="list-style-type: none"> - Stadt Nordhausen - Landkreis Nordhausen

Planungsregionen/Kliniken	Landkreise und (kreisfreie) Städte
Planungsregion Mittelthüringen	
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	- Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99100, 99189, 99092, 99089, 99091, 99086, 99087, 99195, 99085
Kath. KH "St. Johann Nepomuk" Erfurt	- Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99192, 99094, 99084, 99096, 99102, 99097, 99099, 99098, 99198
Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH, Weimar	- Stadt Weimar - Kreis Weimarer Land
Planungsregion Ostthüringen	
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg	- Stadt Altenburg - Landkreis Altenburg
SRH Wald-Klinikum Gera GmbH	- Stadt Gera - unten g. Nordostzipfel des Landkreises Greiz mit Ronneburg, aber auch den an der Bundesstraße 175 liegenden Ortschaften wie Zickra, Berga, Seeligenstädt
Universitätsklinikum Jena	- Stadt Jena
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Saalfeld	- Landkreis Saalfeld- Rudolstadt
Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH	- Saale-Orla-Kreis - Saale-Holzland-Kreis - Landkreis Greiz, abzüglich des von den Bundesstraßen 92 bzw. 175 begrenzten Nordostzipfels, wobei Weida im Pflichtversorgungsgebiet von Stadtroda bleibt
Planungsregion Südwestthüringen	
Klinikum Bad Salzungen GmbH/ Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Hildburghausen	- Wartburgkreis abzüglich des vom Ökumenischen Hainich Klinikum Mühlhausen versorgten nördlichen Teils (s.o.) - Landkreis Schmalkalden-Meiningen abzüglich des Gebietes des ehem. Kreises Meiningen - vom Landkreis Schmalkalden-Meiningen den Teil, der dem Gebiet des Altkreises Meiningen entspricht - Landkreis Hildburghausen - kreisfreie Stadt Suhl - südlicher Ilmkreis (einschl. Stadt Ilm): Gebiet südlich einer Linie zwischen Dienstadt, Hettstedt, Reinsfeld, Plaue bis Crawinkel - Landkreis Sonneberg

Quelle: 2. Thüringer Psychiatrieplan, aktualisiert

Tab. 22: Pflichtversorgungsgebiete der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen⁶⁷

Planungsregionen/Kliniken	Landkreise und (kreisfreie) Städte
Planungsregion Nordthüringen	
Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Mühlhausen	- Eisenach - Unstrut-Hainich-Kreis - Wartburgkreis - Landkreis Gotha
Südharz-Krankenhaus gGmbH, Nordhausen	- Eichsfeldkreis - Landkreis Nordhausen - Kyffhäuserkreis - Landkreis Sömmerda
Planungsregion Mittelthüringen	
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	- Erfurt - Ilmkreis
Planungsregion Ostthüringen	
Universitätsklinikum Jena	- Weimar - Jena - Landkreis Weimarer Land - im Saale-Holzlandkreis der Altkreis Jena-Land
Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH	- Gera - Altenburger Land - Landkreis Greiz - Saale-Orla-Kreis - Landkreis Saalfeld-Rudolstadt - Saale-Holzland-Kreis ohne Altkreis Jena-Land
Planungsregion Südwestthüringen	
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Hildburghausen	- Suhl - Landkreis Schmalkalden-Meiningen - Landkreis Hildburghausen - Landkreis Sonneberg

4.3.1.2 Sachrelevante Festlegungen zur Bettenzuordnung und -gliederung für den Bereich Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im 6. Thüringer Krankenhausplan

Der 6. Thüringer Krankenhausplan legt fest,⁶⁸

- dass die Gebiete (gemäß ärztlicher Weiterbildungsordnung) „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ weiterhin gemeinsam unter der Rubrik „Psychiatrie“ geführt und bettenbezogen im Krankenhausplan gezählt werden. (Dem steht allerdings eine Binnengliederung, wie sie einzelne Krankenhäuser durchführen [nach: Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung etc.] offenkundig nicht entgegen; Auswirkungen der zitierten landesplanerischen Festlegung und Zählung auf die „Psychosomatik“ i.e.S. sind in diesem Psychiatrie-Bericht nicht Gegenstand der Analyse).

⁶⁷ Im 6. Krankenhausplan ist in dieser Tabelle bei der Planungsregion Südwestthüringen das Klinikum Bad Salzungen aufgeführt; da dieses keine kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilung beinhaltet, wurde es hier nicht aufgeführt.

⁶⁸ 6. Krankenhausplan Thüringen, S. 14-16.

- Die kinder- und jugendpsychiatrischen Betten werden im Krankenhausplan gesondert aufgeführt.
- Die Tageskliniken sollen im Pflichtversorgungsgebiet der sie betreibenden Einrichtungen liegen.

4.3.1.3 Dritter Thüringer Geriatrieplan

Schließlich enthält der 6. Thüringer Krankenhausplan eine *Anlage „Dritter Thüringer Geriatrieplan“*, der u.a. die versorgungsnotwendigen Betten und tagesklinischen Plätze für die geriatrische Versorgung festlegt: Zum 1. Januar 2011 insgesamt 540 Betten und 75 tagesklinische Plätze verteilt auf sieben Krankenhäuser in den vier Planungsregionen. Die genannten Zahlen sollen zum 31. Dezember 2015 auf 631 Betten bzw. 85 Plätze angehoben werden, womit der Veränderung im Altersaufbau der Bevölkerung Rechnung getragen werden soll.

Der Ausweis eines gesonderten oder eigenständigen Bereichs Gerontopsychiatrie erfolgt im 6. Krankenhausplan nicht, diese Versorgungsaufgabe wird als Bestandteil der psychiatrischen Versorgung und Facheinrichtungen generell angesehen. In geriatrisch akzentuierten Behandlungseinrichtungen befinden sich jedoch auch gerontopsychiatrisch umschriebene Fälle. Gemäß Geriatrieplan soll deshalb hinsichtlich der Behandlung gerontopsychiatrischer Aufgabenstellungen die Kooperation mit den psychiatrischen Fachkräften (u.a. über Konsile) gefördert werden. Im Einzelnen heißt es dazu unter der Überschrift: Gerontopsychiatrische Behandlung: „Derzeit nehmen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser entsprechend ihrem Einzugsgebiet im Wesentlichen die Aufgaben der gerontopsychiatrischen Versorgung wahr. In ständig steigender Zahl finden sich gerontopsychiatrische Krankheitsbilder aber auch als Begleitdiagnosen im Behandlungsspektrum der Geriatrie. Im Rahmen der Psychiatrieplanung des Landes sind im Zusammenhang mit der Gesamtkonzeption für die geriatrische Versorgung in Thüringen die Behandlungsangebote zu analysieren und gemeinsam weiterzuentwickeln.“⁶⁹

4.3.1.4 Betten und Plätze: Stand 2010/2011 und Prognose bis zum Jahr 2015 gem. Krankenhausplanung

Die Zahl der Betten im Freistaat Thüringen hat zugenommen bzw. soll sich künftig wie folgt entwickeln:

- | | |
|--|--------------------------------|
| ■ 5. Krankenhausplan | 14.293 Betten |
| ■ 6. Krankenhausplan (Stand: 1. Januar 2011) | 14.521 Betten (+ 228) |
| ■ Planung bis 31. Dezember 2015 | 14.239 Betten (- 282 zu 2011). |

Für die *vollstationäre Psychiatrie* wird dabei im Einzelnen festgelegt:

- Für die (Erwachsenen-)Psychiatrie/Psychotherapie (Stand 1. Januar 2011: 1.640 Betten, Nachtrag Krankenhausplanung mit Stand 15. Juni 2011: 1.644 Betten) ist im Zeitraum bis 2015 ein Anstieg um sieben Betten auf 1.647 Betten vorgesehen. Im 5. Krankenhausplan lag die Zahl noch bei 1.505 Betten.

⁶⁹ Anlage zum 6. Krankenhausplan Thüringen, dort S. 20/21.

- Die kinder- und jugendpsychiatrischen Betten (Stand 1. Januar 2011: 262 Betten) sollen bis zum 31. Dezember 2015 um elf auf 273 Betten zunehmen; der 5. Krankenhausplan beinhaltet hier noch 238 Betten.

Für den *teilstationären Bereich* lauten die Zahlen:

- 5. Krankenhausplan 564 Plätze
- 6. Krankenhausplan (Stand: 1. Januar 2011) 638 Plätze (+ 74)
- Planung bis 31. Dezember 2015: 655 Plätze (+ 17 zu 2011).

Der erkennbare Anstieg ist vor allem dem geplanten Ausbau bei den psychiatrischen Tageskliniken geschuldet, gefolgt von den geriatrischen Tageskliniken.⁷⁰ Die Angaben zu den *psychiatrischen Tageskliniken* und ihren Plätzen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Psychiatrische Tagesklinik Erwachsene: 1. Januar 2011: 447, 2015: 454 Plätze geplant. (Mit Nachtrag 15.6.2011 liegt die Zahl der tagesklinischen Plätze jedoch bereits bei 510).
- Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken: 1. Januar 2011: 78, 2015: ebenfalls 78 Plätze geplant. (Der Nachtrag zum 15. Juni 2011 ergibt hier bereits 87 Plätze).

Der Vollständigkeit halber soll schließlich darauf verwiesen werden, dass dem 6. Krankenhausplan eine Korrekturtabelle beigelegt ist, die für vier Psychiatrische Krankenhäuser Korrekturvorgaben in der Bettenzahl bis zum Jahr 2015 zwischen plus zwei und zwölf festlegt, bei drei Krankenhäusern der Kinder- und Jugendpsychiatrie Korrekturvorgaben zwischen plus drei bis acht Betten.⁷¹

4.3.1.5 Fallzahlen Gesamt und im Vergleich zum Bundesgebiet

Nach Angaben des InEK⁷² wurden im Jahr 2010 in allen Thüringer Krankenhäusern 534.181 Fälle behandelt bzw. entlassen. Davon waren *31.098 Fälle wegen psychischen und Verhaltensstörungen gem. Hauptdiagnose nach ICD-10* behandelt worden; von allen entlassenen Personen mit psychiatrischer Diagnose waren 13.611 (43,8 %) weiblichen, 17.487 (56,2 %) männlichen Geschlechts.⁷³

70 Vgl. Tabelle 12 im 6. Krankenhausplan Thüringen.

71 6. Krankenhausplan, Tabelle 13.

72 InEK 2011.

73 Präzisierend und im Sinne der Exaktheit ist darauf hinzuweisen, dass sich die 31.098 Behandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen auf alle Altersgruppen in allen Thüringer Krankenhäusern bezieht. Die Zahl der in den zwölf psychiatrischen Facheinrichtungen (Krankenhäuser und Abteilungen) behandelten Fälle beträgt gem. InEK-Daten für das Jahr 2010 in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie 21.861 und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1.769, zusammen also 23.630 Fälle. Die Differenz zu 31.098 kann anhand der InEK-Daten nicht aufgeklärt werden: Zu vermuten ist, dass die nicht in den psychiatrischen Facheinrichtungen, sondern in der Inneren Medizin, in der Neurologie, in der Geriatrie usw. aufgenommenen Personen parallel dort behandelt wurden oder direkt mit einer Diagnose aus dem Kreis der psychischen und Verhaltensstörungen aufgenommen wurden (z.B. wegen Alkoholerkrankung, Substanzmissbrauch, Delir). Wie groß diese Anteile jeweils sind und wie viele Fälle oder Personen im Freistaat Thüringen direkt in den Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen werden oder dort parallel zu ihrer psychischen Erkrankung behandelt werden, könnte letztlich nur eine sehr aufwändige diesbezügliche Auswertung der individuellen Patientenakten vor Ort in den Krankenhäusern beantworten.

Ein Vergleich mit den Fallzahlen im Bundesgebiet, die für das Jahr 2009 vorliegen zeigt Folgendes⁷⁴:

- Krankenhausfälle im Bundesgebiet 18.231.000, davon mit psychiatrischer Diagnose 1.151.000 (= 6,3 %)
- Krankenhausfälle im Freistaat Thüringen 534.181, davon mit psychiatrischer Diagnose 31.098 (= 5,8 %).

Von allen im Bundesgebiet stationär-psychiatrisch behandelten Personen stammen 2,73 % aus dem Freistaat Thüringen. Zugleich beträgt der Bevölkerungsanteil des Freistaats Thüringen am Bundesgebiet 2,74 %. Aus dem Vergleich der Zahlen des Bundesgebiets mit denen des Freistaats Thüringen ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass psychiatrisch-stationäre Behandlungen im Freistaat Thüringen häufiger gegeben oder erforderlich sind.

4.3.1.6 Entwicklung der akutstationären und teilstationären Versorgung seit dem 2. Psychiatriebericht

Der 2. Psychiatriebericht weist zum Zeitpunkt der damaligen Erhebung (1999) insgesamt „14 psychiatrische Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen und Universitätskliniken (aus), die im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie 1.368 Betten und 131 tagesklinische Plätze vorhalten“.⁷⁵ Die Situation hat sich von 1999 bis 1. Januar 2011 bzw. bis zur Mitte des Jahres 2011 wie folgt verändert:

Entwicklung im Bereich Erwachsene

- Die Pflichtversorgung der Stadt Erfurt teilen sich jetzt die HELIOS Klinikum Erfurt GmbH und das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk in Erfurt.
- Es sind keine neuen (psychiatrischen) Krankenhausstandorte entstanden, jedoch hat sich die Zahl der Fachabteilungen auf insgesamt 19 erhöht, denn die interne Differenzierung der Kliniken nach Fachabteilungen hat sich insbesondere bei den großen Kliniken ausgeweitet. Gem. getroffener Festlegungen im 6. Krankenhausplan werden diese internen Differenzierungen jedoch dort nicht festgehalten, sondern jeweils unter „Psychiatrie“ zusammengefasst.
- Die Zahl der Betten hat sich von 1.368 Betten auf 1.640 Betten erhöht sowie gemäß krankenhauplanerischem Nachtrag zum 15. Juni 2011 auf 1.644 Betten.
- Die Zahl der stationären Behandlungen hat sich von 16.639 (Zugänge 1999⁷⁶) auf 21.861 (Entlassungen 2010⁷⁷) um fast ein Drittel (31,3 %) erhöht, die Verweildauer ist im gleichen Zeitraum von 31,1 Tagen auf 22,6 Tage gesunken.
- Der im 2. Psychiatriebericht geforderte Ausbau der teilstationären Versorgung hat sich deutlich realisiert: Der 2. Psychiatriebericht vermerkt für das Jahr 1999 insgesamt zehn Tageskliniken mit 131 Plätzen; zum 1. Januar 2011 bestehen 22 Tages-

74 Statistisches Bundesamt 2011b.

75 2. Psychiatriebericht, S. 34; der Unterschied zu den aktuell zwölf Facheinrichtungen erklärt sich daraus, dass damals (1999) noch zwei Suchtbehandlungseinrichtungen mitgezählt wurden (vgl. ebenda, S. 34).

76 2. Psychiatriebericht, S. 35.

77 InEK 2011.

kliniken mit 447 Plätzen. Insbesondere wurden auch teilstationäre Außenstellen im Land geschaffen.

- Die Behandlungszahlen im teilstationären Bereich haben sich wie folgt entwickelt: Im Jahr 1999 wurden 896 Zugänge ausgewiesen;⁷⁸ die Behandlungszahl im Jahr 2010 liegt bei 4.140 Fällen.⁷⁹
- *Vergleich zum Bundesgebiet:*⁸⁰ Die Zahl der *Betten* in psychiatrischen Fachabteilungen beträgt im Bundesgebiet 60.261, der Freistaat Thüringen hat daran einen Anteil von ca. 2,7 %. Die Zahl der *teilstationären Plätze* umfasst bundesweit 11.780, der Thüringer Anteil beträgt ca. 4,2 %. D.h.: Gemessen am Bevölkerungsanteil Thüringens am Bundesgebiet von 2,74 % stellt sich die Situation wie folgt dar: Während die Entwicklung im stationären Bereich im Freistaat Thüringen im Bundesdurchschnitt liegt, verlief die Entwicklung seit 1999 im teilstationären Bereich überdurchschnittlich positiv.⁸¹

Entwicklung im Bereich Kinder und Jugendliche

- Pflichtversorgungsgebiete: Bis einschließlich 2010 keine Änderung gegenüber 1999 mit einer Ausnahme dahingehend, dass jetzt die vollständige Zuordnung des Landkreises Gotha zum Ökumenischen Hainich Klinikum in Mühlhausen gegeben ist.
- Es sind keine neuen Krankenhausstandorte/Fachabteilungen entstanden, weiterhin sind es sechs Standorte.
- Die Zahl der Betten hat sich von 173 (Stand 2000) auf jetzt 262 erhöht.
- Die Zahl der Tageskliniken hat sich von sechs auf acht erhöht, die Zahl der tagesklinischen Plätze von 36 auf 78 mehr als verdoppelt (Stand 1. Januar 2011; der krankenhausplanerische Nachtrag vom 15. Juni 2011 weist bereits 87 Plätze aus).
- Die stationäre Fallzahl wird mit Stand 2000 mit 1.109 im 2. Psychiatriebericht ausgewiesen bei einer Verweildauer zwischen 39,0 und 80,6 Tagen.⁸² Im Jahr 2010 liegt die Fallzahl bei 1.769, die mittlere Verweildauer bei 44,4 Tagen.⁸³
- Die teilstationäre Fallzahl liegt im Jahr 2010 bei 464 mit einer Verweildauer von im Schnitt 32,1 Tagen.⁸⁴
- *Vergleich zum Bundesgebiet*⁸⁵: Im Bundesgebiet wurden 2009 insgesamt 5.208 *Betten* in 133 kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen vorgehalten, der Bettenanteil, der davon auf den Freistaat Thüringen entfällt beträgt ca. 4,9 %. Die Zahl der *teilstationären Plätze* beträgt bundesweit 2.304, der diesbezügliche Anteil für den Freistaat Thüringen damit ca. 3,4 %. Hier wäre folglich eine über dem Durchschnitt liegende Entwicklung – bezogen auf den Bevölkerungsanteil von Thüringen im Bundesgebiet in Höhe von 2,74 % – zu konstatieren.

78 2. Psychiatriebericht, S. 38.

79 InEK 2011.

80 Statistisches Bundesamt 2011b.

81 Diese Vergleiche mit dem Bundesgebiet hinsichtlich Betten und Plätzen sollten allerdings nur als Tendenzaussagen genommen werden, da die Abgrenzungen und Zuordnungen zu den Fachabteilungen bundesweit variieren.

82 2. Psychiatriebericht, S. 41.

83 InEK 2011.

84 InEK 2011; exakte Vergleichszahlen für die Jahre 1999/2000 liegen nicht vor.

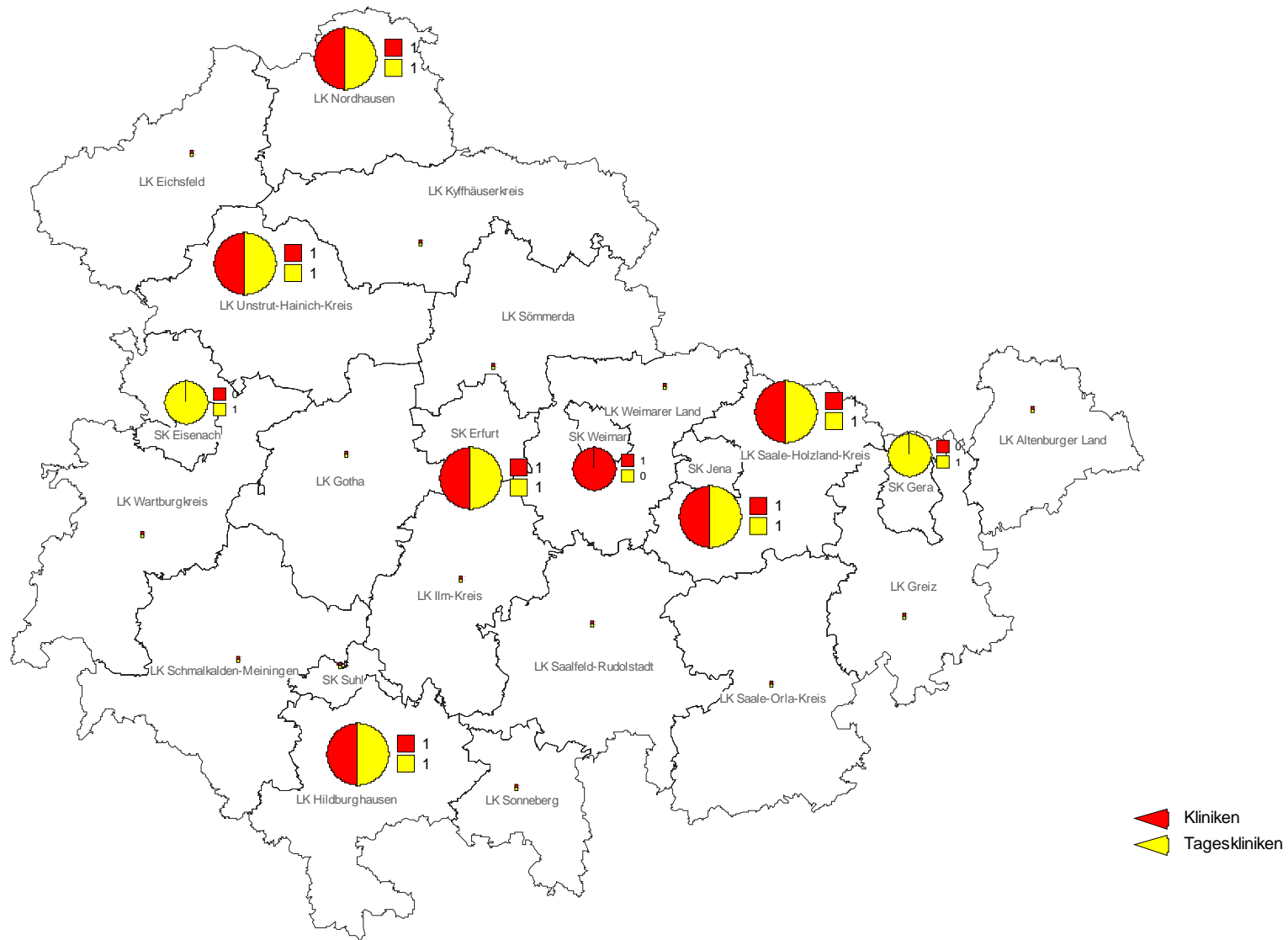
85 Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2011.

Damit zeigt sich im stationären wie im teilstationären Bereich, dass *der im 2. Psychiatriebericht geforderte Ausbau in dem hier aufgezeigten Ausmaß prägnant vollzogen wurde*, parallel ist seither jedoch auch eine erhöhte Inanspruchnahme der stationären und teilstationären Angebote im Land zu konstatieren bei jeweils sinkenden Verweildauern. D.h.: Im Freistaat Thüringen wurde den Anforderungen auf Ausbau in den letzten zehn Jahren Rechnung getragen, einer weiter und stetig steigenden Fallzahl und Inanspruchnahme wurde damit zugleich entsprochen. Dies ist auch auf dem Hintergrund zu würdigen, dass im gleichen Zeitraum ein Abbau von Betten im somatischen Bereich stattfand, d.h. per Saldo: Der Anstieg der Betten von 14.293 (5. Krankenhausplan) auf 14.521 (6. Krankenhausplan) ist vorrangig auf die Zunahme psychiatrischer Betten zurückzuführen (+ 361 Betten), die Zahl somatischer Betten ist demnach um - 133 Betten gesunken.

Die Qualifizierung, dass im Hinblick auf Aufbau und Ausbau der stationären und teilstationären Angebote eine positive Entwicklung bis heute zu verzeichnen ist, bedeutet allerdings keine Relativierung von Problemstellungen z.B. im Bereich der Kinder und Jugendlichen, wie sie sich in der beobachteten, deutlich gestiegenen Zahl der stationären Aufnahmen in den letzten zehn Jahren und in dem ungebrochenen Trend dort spiegeln. Die Krankenhausplanung des Freistaats sieht – wie oben dargestellt – noch weitere Betten/Plätze für die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

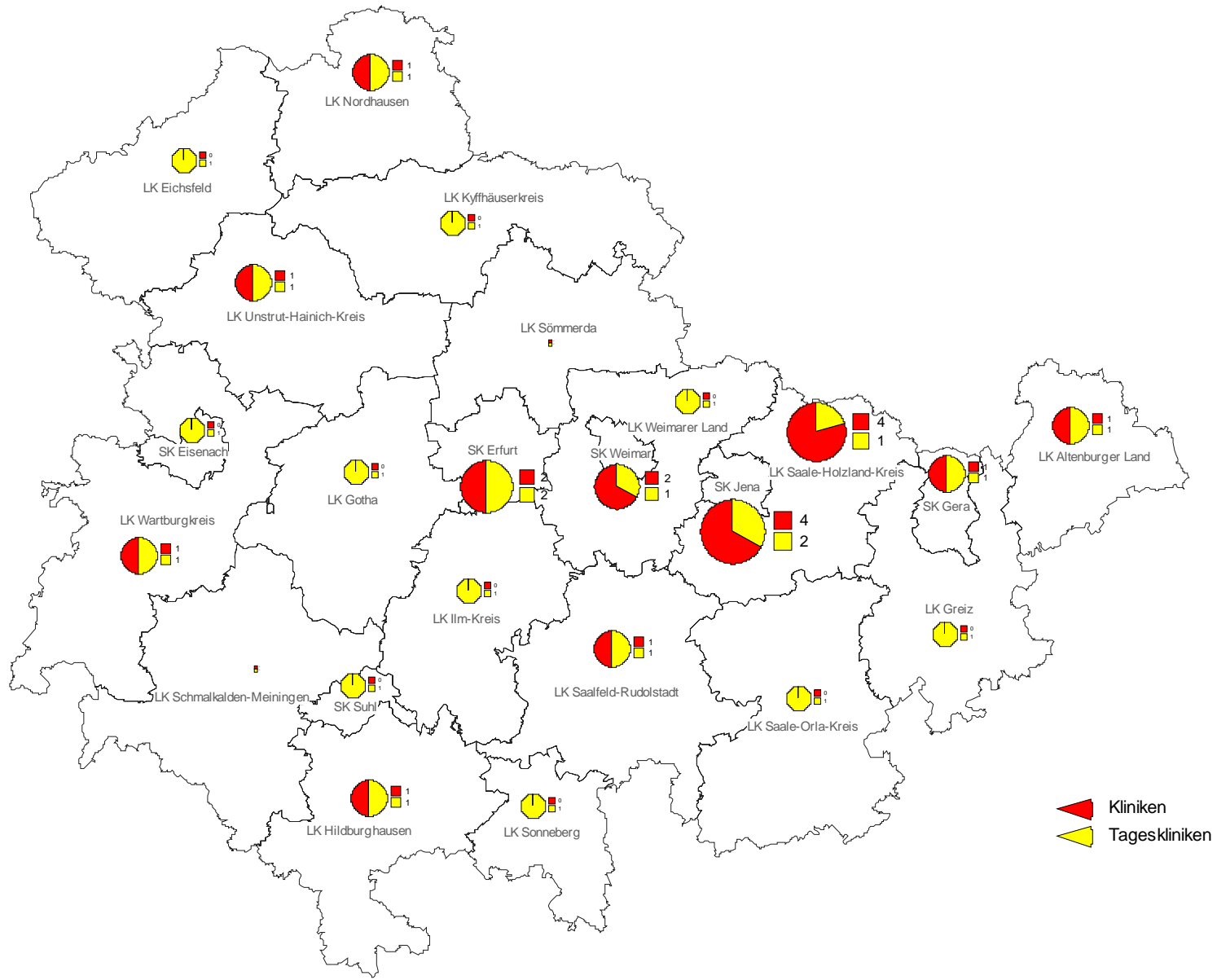
Den Mitte 2011 erreichten Stand der stationären und teilstationären Einrichtungen hinsichtlich Lage und Verteilung im Freistaat Thüringen – getrennt nach der Versorgung von Kinder und Jugendlichen sowie Erwachsenen – zeigen die Abbildungen 1 und 2. Daraus ist zu entnehmen, dass sich die landesweite Abdeckung deutlich verbessert hat, insbesondere durch den Ausbau des teilstationären Bereichs.

Abb. 1: Kliniken/Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie⁸⁶ – Stand Juni 2011



86 Der Eintrag bei Weimar betrifft eine kinderpsychosomatische Abteilung, die nach eigenen Angaben mehrheitlich Kinder und Jugendliche mit Diagnosen aus dem Bereich psychische, und Verhaltensstörungen (F00-F99, ICD-10) behandelt, krankenhausplanerisch jedoch nicht dem psychiatrischen, sondern dem somatischen Bereich zugeordnet ist.

Abb. 2: Kliniken/Tageskliniken für die Versorgung psychisch kranker Erwachsener – Stand Juni 2011



4.3.1.7 Rehabilitative Versorgung

Im Freistaat Thüringen arbeiten 36 *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen* mit 6.076 Betten (2009) im Unterschied zu 41 Einrichtungen mit 6.809 Betten im Jahr 2000. Entlassen wurden im Jahr 2009 insgesamt 68.463 Patientinnen und Patienten (2000: 67.772). Von allen 2009 entlassenen Patientinnen und Patienten wiesen 8.114 eine Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10 auf, dies entspricht ca. 11,9 % von allen Rehabilitanden.⁸⁷

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland zeichnen folgendes Bild für Thüringen⁸⁸:

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland ist federführend verantwortlich für insgesamt acht Kliniken (in Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern) und belegt dort weitere zwölf regelmäßig. Für das Bezugsjahr 2010 wurden für Versicherte mit Wohnsitz Thüringen und für die Altersgruppe 18 bis 65 Jahre in insgesamt 2.498 Fällen (davon 67 % Männer, 33 % Frauen) Leistungen zur Rehabilitation für den Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ bewilligt, davon 1.392 (dies entspricht ca. 56 %) aufgrund Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Die Verweildauern liegen mit Ausnahme der Suchtdiagnosen in der Regel bei fünf Wochen, bei Sucht bei zwölf Wochen (betreffend Alkohol- und Medikamentenentwöhnung) und 24 Wochen (bei Drogenentwöhnungsbehandlung).

Leistungen zur Kinderrehabilitation für die Altersgruppe 2 bis 20 Jahre erhielten aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen im Jahr 2010 insgesamt 241 Versicherte aus Thüringen, davon 68 % Jungen, die Verweildauer wird hier mit ca. sechs Wochen angegeben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) – wurden im Jahr 2010 insgesamt 26 ausgewiesen, davon mehrheitlich für Frauen (54 %). Die Leistungen werden in der „RPK gGmbH“ in Erfurt angeboten, jedoch nach Auskunft der Rentenversicherung auch z.T. in Sachsen wahrgenommen.

Bezieht man die vorgenannten Zahlen der Rehabilitation mit der gebotenen Vorsicht auf das Gesamtaufkommen an psychischen Erkrankungen mit stationärem Behandlungsbedarf, so hat die Rehabilitation daran einen Anteil von ca. 5 % bis 8 %, mit Schwerpunkt Sucht. Im Bereich der Kinderrehabilitation und der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) dürfte der Anteil eher im Promillebereich liegen.

Generell rechnet die Rentenversicherung (Bund) jedoch in den kommenden Jahren (bis 2013) mit einem Zuwachs der rehabilitativen Maßnahmen, wobei der Schwerpunkt versorgungsbezogen künftig deutlicher im Bereich der ambulanten Rehabilitation liegen wird bzw. soll. Dabei wird davon ausgegangen, dass zugleich diagnosebezogen eine Umschichtung stattfinden wird: Für den Zeitraum 2009 bis 2013 rechnet man auf Bundesebene bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei orthopädischen Erkrankungen mit einem Rückgang von 9 % bzw. 14 %, hingegen bei onkologischen und psychischen Erkrankungen mit Zuwächsen von 13 % bzw. 7 %, ebenso nehmen „Sucht“ um 8 % und „Neurologie“ um 7 % zu.

Der Trend der vermehrten Inanspruchnahme aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen findet folglich auch seinen Niederschlag im Bereich der Rehabilitation bzw. wird sich auch dort künftig weiter auswirken.

87 Statistisches Landesamt Thüringen. Es ist nicht erfasst, wie viele Rehabilitanden unmittelbar aus Thüringen kommen.

88 Alle Daten im Folgenden aus: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland – Bereich Koordination Rehabilitationseinrichtungen und Sozialmedizin, Leipzig 2011.

4.3.1.8 Akutstationäre Behandlung in Fachabteilungen – Ergebnisse der Erhebung

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Ergebnissen der von Mai bis Mitte Juni 2011 durchgeführten schriftlichen, teilstandardisierten Erhebung. Mit Blick auf die Interpretation der Befunde sind folgende *erhebungsmethodische Anmerkungen* erforderlich:

- Angeschrieben bzw. befragt wurden alle zwölf gem. 6. Krankenhausplan psychiatrisch akut versorgenden stationären Behandlungseinrichtungen. Die Befragung zielte auftragsgemäß darauf ab, in diesen zwölf Behandlungseinrichtungen auch deren interne *Gliederung nach Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie etc.* zu erfassen. Erhebungseinheit war folglich die jeweils so bezeichnete Fachabteilung vor Ort. Insgesamt wurden im Jahr 2011 an den Krankenhausstandorten 25 Fachabteilungen identifiziert bzw. gemeldet und befragt – ergänzt um eine kinder- und jugendpsychosomatische Abteilung im Klinikum Weimar, die nach eigenen Angaben mehrheitlich psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10, F00 bis F99 behandelt, jedoch krankenhauplanerisch im somatischen Bereich geführt wird. Von diesen insgesamt 26 Abteilungen wurden 25 Fragebogen zurückgesandt, mehrheitlich vollständig ausgefüllt; die Rücklaufquote beträgt 96,2 %.
- Damit wird auf Abteilungsebene aggregiert abgebildet, welche Gruppen von Patientinnen und Patienten allgemein und speziell von den psychiatrisch-stationären Facheinrichtungen versorgt werden. Selbstverständlich erfolgt die therapeutische Arbeit vor Ort jeweils in differenzierter Form; eine noch tiefergehende Binnengliederung der Behandlungseinrichtungen bis hinunter auf die Ebene einzelner Stationen (z.B. Depressionsstation, Kriseninterventionsstation, geschützte Station o.ä.) bzw. Erhebungen und Bewertungen, wie sich die einzelnen Kliniken intern z.B. störungsspezifisch und methodisch-therapeutisch im Detail organisieren, waren weder Auftragsgegenstand noch sachlich angezeigt und im gesetzten Zeitrahmen auch nicht durchführbar.
- Von einigen Befragten wurde angemerkt, dass die Trennung stationär/teilstationär nicht immer stringent vollzogen werden konnte, so wird z.B. Personal übergreifend eingesetzt, oder dass die Trennung veraltet ist, weil andere Gegebenheiten greifen (z.B. Psychriatriebudget Nordhausen); soweit möglich, wurden diese Anmerkungen bei der Auswertung berücksichtigt.
- Bei Erhebung und Auswertung zeigte sich, dass einzelne Abteilungen im Bereich der Versorgung psychisch kranker erwachsener Menschen im Altersspektrum weniger streuen und unterschiedliche Diagnoseverteilungen aufweisen. Es wurde deshalb noch differenziert zwischen den „Abteilungen für Allgemein-/Erwachsenenpsychiatrie“ und Abteilungen mit hier so bezeichneten „gemischten Aufgabenstellungen“; letztgenannte haben im Schnitt z.B. einen höheren Anteil an älteren Patientinnen und Patienten bzw. einen höheren Anteil an Suchtdiagnosen. Die Unterschiede zwischen den „Abteilungen für Allgemein-/Erwachsenenpsychiatrie“ und den „Abteilungen mit gemischten Aufgabenstellungen“ sind nicht prinzipieller Natur, dennoch rechtfertigen die genannten Unterschiede eine getrennte Auswertung.
- Schließlich: Nicht alle befragten Einrichtungen haben zu allen Fragen Antworten gegeben; die Beantwortungsbasis pro Frage wird jeweils mit „N = ...“ in den Tabellen gekennzeichnet.

Zu den *Aufgabenstellungen* der 25 Fachabteilungen, den im Jahr 2010 durchschnittlich belegten Betten⁸⁹ und zum durchschnittlichen Auslastungsgrad wurden folgende Angaben gemacht:

Tab. 23: *Aufgabenstellungen, durchschnittlich belegte Betten, Auslastungsgrad der Fachabteilungen im Jahr 2010*⁹⁰

Aufgabenstellungen	Anzahl Abteilungen	durchschnittlich belegte Betten	Auslastung in %
Allgemein-/Erwachsenenpsychiatrie	6	151	92,0
Psychosomatik	3	21	89,3
Sucht	2	25	90,5
Abteilung mit gemischten Aufgaben	6	81	95,3
Gerontopsychiatrie	2	39	91,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6	37	90,3

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick zur Verteilung des Geschlechts und zur Altersverteilung. Es zeigt sich die erwartete Verteilung, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt das männliche Geschlecht überwiegt, ebenso im Bereich Sucht, hingegen in der Gerontopsychiatrie und in der Psychosomatik die Patientinnen deutlich häufiger vertreten sind. Hinsichtlich der Verteilung auf Altersgruppen ist anzumerken, dass sich bei den Abteilungen Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Psychosomatik die Altersverteilung auf die Spanne 18 bis 60 Jahre konzentriert, auffällig ist dabei, dass die psychosomatischen Abteilungen einen Schwerpunkt in der Altersgruppe 18 bis 30 haben. Die gerontopsychiatrischen Abteilung behandeln in einer Größenordnung von 16,5 % auch Personen in der Altersgruppe 45 bis 65 Jahre, was seine Ursache in einem vergleichsweise höheren Anteil (früh-)dementer Personen haben dürfte.

Tab. 24: *Fachabteilungen und Fälle nach Geschlecht im Jahr 2010 (in %)*

	weiblich	Männlich
Allgemein/Erwachsenenpsychiatrie (N = 6)	47,9	52,1
Psychosomatik (N = 3)	69,4	30,6
Sucht (N = 2)	22,6	77,4
Abteilung mit gemischten Aufgaben (N = 6)	42,8	57,2
Gerontopsychiatrie (N = 2)	61,8	38,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie (N = 5)	41,4	58,6
Gesamt (N = 24)	45,5	54,5

89 An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Zahlen der mitgeteilten Betten jeweils leichte Abweichungen zu den Bettenzahlen im Krankenhausplan zeigten. Allerdings sind die Abweichungen zum Krankenhausplan in der Summe nicht groß: Sie betragen für die psychiatrischen Betten insgesamt - 3,2 % und für die kinder- und jugendpsychiatrischen Betten - 4,9 %.

90 Die Tabelle 23 (und die folgenden) enthält in der Zeile „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ neben fünf kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen auch die kinderpsychosomatische Abteilung in Weimar (s. einleitende Anmerkung auf dieser Seite oben).

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilung (von sechs) hat den Fragebogen nicht zurückgesandt.

Tab. 25: Altersverteilung der Behandlungsfälle in den Fachabteilungen im Jahr 2010 (in %)

Altersgruppen	Allgemein/ Erwachsenen- psychiatrie (n = 5)	Psycho- somatik (n = 3)	Sucht (n = 2)	Abt. mit gemischten Aufgaben (n = 5)	Geronto- psychiatrie (n = 2)	Kinder- und Jugend- psychiatrie (n = 6)	Gesamt (n = 23)
von 0 bis unter 18 Jahre alt	0,6	0,7	1,5	0,4	0,0	99,8	26,5
von 18 bis unter 30 Jahre alt	21,4	35,3	22,5	17,0	0,0	0,2	15,0
von 30 bis unter 45 Jahre alt	28,2	27,3	28,5	22,2	0,0	0,0	17,0
von 45 bis unter 60 Jahre alt	32,2	28,3	40,0	32,2	10,5	0,0	22,1
von 60 bis unter 65 Jahre alt	6,0	3,7	4,5	5,2	6,0	0,0	3,8
von 65 bis unter 75 Jahre alt	6,2	4,0	2,5	12,6	31,0	0,0	7,5
von 75 Jahre alt und älter	5,6	0,7	0,5	10,0	52,5	0,0	8,0

Wartezeiten

Hinsichtlich der Wartezeiten auf Aufnahme machten 19 von 25 Abteilungen Angaben, von diesen berichteten 84 % über Wartezeiten. Allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Wenn Patientinnen und Patienten von Wartezeit betroffen sind – und dies ist nach den Ergebnissen der Erhebung nur für einen Teil der Fälle –, dann entfällt die relative Mehrzahl der Antworten auf Wartezeiten bis zu zwei Wochen (39 %), gefolgt vom Wartezeitraum ein bis drei Monate (29 %) und zwei bis vier Wochen (22 %). Abteilungsbezogen betrachtet liegen die relativ meisten Wartezeiten bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (55 % Wartezeit ein bis drei Monate) und bei Sucht, jedoch ist hier die Wartezeit relativ kurz (53 % weniger als zwei Wochen). Da die Angaben sich jedoch nicht auf alle behandelten Fälle beziehen, sind diese Aussagen nur in der Tendenz zu werten.

Diagnosen nach ICD-10

Die von den Einrichtungen erbetene Einstufung nach ICD-Diagnosen ergab in der Erhebung folgendes Bild (Tab. 26):

Die in der Summe größten Anteile entfallen auf die Folgen psychoaktiver Substanzen (F10-F19) auch in allgemeinpsychiatrischen und aufgabengemischten Abteilungen, was deren Rolle für die Suchtbehandlung unterstreicht, gefolgt von affektiven Störungen (F30-F39) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie dominieren die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90-98), in der Gerontopsychiatrie die organisch bedingten Erkrankungen (F00-F09).

Tab. 26: Behandlungsfälle in Fachabteilungen nach ICD-Einstufung im Jahr 2010 (in %)

ICD-Einstufung	Allgemein/ Erwachsenen- psychiatrie (n = 6)	Psycho- somatik (n = 3)	Sucht (n = 2)	Abt. mit gemischten Aufgaben (n = 6)	Geronto- psychiatrie (n = 2)	Kinder- und Jugend- psychiatrie (n = 6)	Gesamt (N = 25)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	9,3	0,0	0,0	11,2	31,5	0,3	7,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	23,0	0,7	95,5	37,0	3,5	1,7	22,8
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	19,0	0,0	1,0	13,0	11,5	0,7	8,8
F30-F39 Affektive Störungen	29,7	28,0	0,5	22,8	26,5	5,8	19,5
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	10,0	36,0	1,5	9,5	3,0	18,3	13,8
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,3	22,0	0,0	0,2	0,0	3,7	3,6
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,3	13,0	0,0	3,8	1,0	3,7	4,7
F70-F79 Intelligenzstörung	2,2	0,0	0,0	0,5	1,0	3,0	1,4
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,4
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	57,2	13,7
F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
andere ICD-Einstufung	1,3	0,3	0,5	1,7	22,0	4,8	3,7

Personalstruktur

Von den 25 Fachabteilungen haben 22 Angaben zum Personal gemacht, in der Summe wurden von diesen 1.389 Vollzeit- und 652 Teilzeitbeschäftigte dokumentiert.⁹¹ Ein globaler Vergleich mit zum Zeitpunkt des 2. Psychiatrieberichts für das Jahr 1999 genannten Zahlen ist wegen der unterschiedlichen Erhebungsweise nicht möglich. Allerdings können folgende Anhaltspunkte abgeleitet werden: Die von 22 Fachabteilungen gemeldete Gesamtstundenzahl für Ärztinnen/Ärzte bezogen auf das Jahr 2010 beträgt 8.176 Stunden pro Woche, linear hochgerechnet auf 25 Fachabteilungen ergeben sich 9.291 Stunden je Woche. Unter Zugrundelegung einer 40-Stunden-Woche resultieren daraus 232 Vollkräfte. Im 2. Psychiatriebericht wird für 1999 die Zahl der „Ärzte inkl. Leitenden Ärzte“ mit knapp 144 angegeben. Dies entspräche einer Steigerung von ca. 60 % bis 2010; die Zahl der psychiatrischen Betten stieg im gleichen Zeitraum um 19 %, die Zahl der Fachabteilungen um 36 %, die Zahl der Behandlungsfälle hat sich um 31 % erhöht. Nach analogem Berechnungsmuster wäre auch die Zahl der Psychologinnen/Psychologen deutlich gestiegen, von knapp 31 auf 82, die Zahl der Krankenpflegekräfte von knapp 806 auf 1.220 Vollkräfte. Diese Aussagen dürfen zwar aufgrund der schmalen Vergleichsbasis nicht „überstrapaziert“ werden, sie lassen jedoch erkennen, dass einer qualifizierten Personalaufstockung in den letzten elf Jahren offensichtlich Rechnung getragen wurde.⁹²

Fachlich-qualitativ von Bedeutung ist die Personalstruktur (prozentuale Verteilung der Berufsgruppen „Fachpersonal“, d.h. unter Herausrechnung der 2010 ebenfalls abgefragten Verwaltungs- und technischen Fachkräfte), hier kann der Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahr 1999 gezogen werden:

Tab. 27: Personalstruktur der Fachabteilungen 2010 und 1999 (Verteilung in %)

	2010	1999
Ärztinnen/Ärzte	12,5	12,9
Krankenpflegekräfte	66,7	72,6
Psychologinnen/Psychologen	4,4	2,8
Ergotherapeutinnen/-therapeuten	5,0	6,1
Bewegungs-, Physiotherapie etc.	1,9	1,7
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	3,4	3,6
weitere Berufsgruppen	6,1	0,4

Die relative Verschiebung in der Zusammensetzung des Personals ist begründet durch eine Erhöhung des Anteils der Psychologinnen/Psychologen, aber insbesondere auch durch eine deutliche Ausdifferenzierung und Zunahme im Bereich „weitere Berufsgruppen“: Erzieherinnen und Erzieher, Beschäftigte aus den Gebieten der Heilpädagogik, Logopädie, MTA-Funktionsdiagnostik, Diätassistenten usw., die zugunsten eines breiteren Angebotsspektrums eingestellt worden sind.

Eine geringe Erweiterung erfahren die zur Verfügung stehenden Personalressourcen schließlich noch durch Beschäftigte im z.B. Jahrespraktikum, Freiwilligen Sozialen Jahr

91 Bei einer Klinik wurde nicht zwischen den Personalangaben für die Klinik und die Tagesklinik differenziert. Die genannte Vollkräftezahl müsste deshalb – rechnerisch geschätzt – um knapp elf VK und davon um ca. 1,5 VK Ärztinnen/Ärzte (entspricht 0,8 % bzw. 0,07 %) reduziert werden. Da die weiteren Aussagen jedoch davon in keiner Weise entscheidend beeinflusst werden, bleibt es bei diesem Hinweis.

92 Von 1995 bis 1999 war die Personalzahl bereits um 34 % gestiegen, s. 2. Psychiatriebericht, Anhang, Tab 33.

(FSJ) sowie durch Zivildienstleistende und geringfügig Beschäftigte. Die Gesamtzahl dieser Kräfte summiert sich auf insgesamt ca. 54 Vollkräfte, was im groben Schnitt für jede Facheinrichtung hier zusätzlich ca. 2,2 Vollkräfte bedeutet.

Ehrenamtliche, freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mit Ausnahme von (nur) zwei Abteilungen mit gemischten Aufgaben, geben alle anderen Fachabteilungen an, nicht auf ehrenamtliche, freiwillige Mitarbeiterschaft zurückzugreifen bzw. zurückgreifen zu können.

Deckung des Personalbedarfs in der Zukunft

Zur Frage der Deckung des erforderlichen Personalbedarfs bei erbetener 5- Jahres-Prognose bis zum Jahr 2016 haben sich alle 25 Fachabteilungen geäußert. Insgesamt sieht keine Abteilung, dass die Bedarfsdeckung innerhalb dieses Zeitraums in der Summe betrachtet nicht prinzipiell machbar sein wird, 52 % der Abteilungen sehen die Bedarfsdeckung ohne Probleme, 48 % als mit Problemen behaftet, aber machbar.

Dennoch müssen einzelne Einschätzungen im Detail zum Nachdenken Anlass geben: Immerhin 36 % der befragten Abteilungen weisen darauf hin, dass die Bedarfsdeckung bei Ärztinnen und Ärzten „wahrscheinlich nicht möglich“ sein könnte, von allen nachgefragten Berufsgruppen ist dies bei dieser Kategorie der mit Abstand höchste Prozentsatz, nur für die Berufsgruppen Ergotherapie und Logopädie entfallen noch 4 % bzw. 5 % auf diese Antwortkategorie.

Bei der Antwortkategorie „problematisch, aber machbar“ häufen sich die Angaben mit 72 % bei den Krankenpflegekräften, gefolgt von den Berufsgruppen Erzieherinnen/Erzieher (62 %), den Psychologinnen/Psychologen (60 %), den Altenpflegerinnen/Altenpfleger (50 %), den Heilpädagoginnen/Heilpädagogen (43 %) und den Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter (30 %).

Daraus kann geschlossen werden, dass die akutstationären Einrichtungen eine differenzierte Sichtweise und Erwartung haben, was die zukünftige Personalgewinnung angeht, in jedem Fall bedeutet dies, dass den Einrichtungen die kommenden Schwierigkeiten bewusst sind und der Personalgewinnung – und Nachwuchsförderung – in den einzelnen Berufsgruppen wachsende Bedeutung zugemessen wird.

Kooperation

Die Antworten zur Frage der Kooperation einschließlich der Bewertung dieser Kooperation nach Schulnoten ergeben in der Summe folgendes Bild; aufgeführt sind die zwölf häufigsten Kooperationspartner der Fachabteilungen und die hierfür vergebenen Noten (Durchschnitt der Noten: 2,0):

Tab. 28: Kooperationspartner der Fachabteilungen nach Häufigkeit und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010

Kooperationspartner	Häufigkeit der Nennungen in %	Bewertungen
niedergelassene Ärzte	92	1,8
Allgemeinkrankenhäuser	83	2,1
Niedergel. Psychotherapeutinnen/-therapeuten	83	1,9
(andere) psychiatrische Kliniken	79	1,6
Beratungsstellen	75	1,9
Fachkrankenhäuser	75	1,6
Sozialpsychiatrische Dienste	75	1,8
Wohnheime	75	2,2
Polizei	63	1,9
Sozialämter	63	1,9
Selbsthilfegruppen	63	1,8
Pflegeheime	63	2,0

Am Besten schneiden in der Bewertung andere Fachkrankenhäuser ab, gefolgt von SpDi, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Selbsthilfegruppen. Eine differenzierte Analyse ergibt, dass von allen Fachabteilungen die allgemeinpsychiatrischen Abteilungen die vergleichsweise besseren Noten (Schnitt: 1,8) abgeben, die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen sich hingegen etwas kritischer zur Kooperation äußern (Schnitt: 2,2), was auf noch zu diskutierende Schnittstellenfragen verweist.

Stärken, Schwächen und Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Kliniken

In den Fragebogen wurde z.T. ausführlich zu den einzelnen Aspekten Stellung genommen. Sie werden im Folgenden in den wesentlichen Punkten zusammengefasst. Unterstrichen wird zunächst von den Befragten im Sinne von Stärken, dass vielfach gute Zusammenarbeit vorherrscht, mit diversen Einrichtungen und Instanzen, dass die „Ambulantisierung“ vorangeschritten ist, dass Behandlung gemeindenah erfolgen kann, gute Kontakte zu komplementären Angeboten bestehen. Erkennbar ist, dass sich diese Beurteilungen jedoch stark von der Existenz und vom Vorhandensein lokaler Gegebenheiten und Verbundstrukturen ableiten.

Kritisch wird sowohl lokal-/regionalbezogen als auch übergreifend gesehen:

- mangelnde ambulante Behandlungskapazität im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, insbesondere hinsichtlich Kinder und Jugendlichen
- nicht ausreichende fachärztliche Besetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste
- fehlende geschützte Wohn- und Pflegemöglichkeiten für schwerer gestörte Patientinnen und Patienten
- fehlende ambulante-psychiatrische Pflege, Home Treatment
- fehlende Arbeitsangebote
- befürchtet wird auch, dass das vorgesehene neue, pauschalierende Entgeltsystem die Behandlungsmöglichkeiten eher erschwert.

Die Verbesserungsvorschläge zielen folglich u.a. darauf:

- weiterhin Gültigkeit des Prinzips: „ambulant vor stationär“ und Ausbau der ambulanten Versorgung insbesondere im KV-Bereich
- Wunsch nach höherer Flexibilität im Behandlungsablauf
- fachärztliche Besetzung/Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste
- bessere Vernetzung, fließende Übergänge schaffen, sektorübergreifendes Handeln ermöglichen bzw. Durchlässigkeit der Versorgungssektoren
- Schaffung von Wohnformen für spezifische Bedarfslagen
- Entwicklung differenzierter altersspezifischer Angebote (sowohl im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch für ältere psychisch kranke Menschen)
- Ermöglichung neuer Finanzierungsformen wie Psychriatriebudget, sektorübergreifende Finanzierungsmöglichkeiten.

4.3.1.9 Tagesklinische Behandlung

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Ergebnissen der schriftlichen Befragung. Erhebungseinheit war die jeweilige Tagesklinik. Für den 3. Psychiatriebericht wurden 31 Tageskliniken identifiziert, für vier Tageskliniken eines Trägers wurde ein Bogen abgegeben, eine (kinder- und jugendpsychiatrische) Tagesklinik hat nicht geantwortet, sodass die Rücklaufquote hier rechnerisch bei 83,9 % liegt, 26 Tageskliniken konnten ausgewertet werden, soweit zu den einzelnen Fragen jeweils Antworten gegeben wurden.

Zu den Aufgabenstellungen der Tageskliniken, den im Jahr 2010 durchschnittlich belegten Plätzen⁹³ und zum durchschnittlichen Auslastungsgrad wurden folgende Angaben gemacht:

Tab. 29: Aufgabenstellungen, durchschnittlich belegte Plätze, Auslastungsgrad der Tageskliniken im Jahr 2010

Aufgabenstellungen	Anzahl Abteilungen	belegte Plätze	Auslastung in %
Allgemein-/Erwachsenenpsychiatrie	15	25	98,7
Tagesklinik mit gemischten Zielgruppen	3	19	126,7
Gerontopsychiatrie	1	14	90,5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	7	7	104,9

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick zur Verteilung des Geschlechts und zur Altersverteilung in den Tageskliniken. Es zeigt sich die erwartete Verteilung, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt das männliche Geschlecht deutlich überwiegt, hingegen in allen anderen Typen das weibliche Geschlecht mit ca. zwei Drittel der Fälle dominiert. Die Altersverteilung entspricht der Erwartung.

93 Auch soll angemerkt werden, dass die Zahl der gemeldeten Plätze von den im Krankenhausplan festgelegten Plätzen abweicht, jedoch in der Summe geringfügig: Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken um - 7,7 %, bei den anderen Tageskliniken um - 4,0 % (einige Tageskliniken befanden sich 2010/2011 noch im Aufbau).

Tab. 30: Behandelte Fälle in Tageskliniken nach Geschlecht im Jahr 2010 (in %)

	weiblich	Männlich
Allgemein (N = 15)	65,3	34,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie (N = 6)	28,0	72,0
Gerontopsychiatrie (N = 1)	63,0	37,0
Tagesklinik mit gemischten Zielgruppen (N = 3)	65,7	34,3
Gesamt (N = 25)	56,3	43,7

Tab. 31: Altersverteilung der Behandlungsfälle in Tageskliniken im Jahr 2010 (in %)

Altersgruppen	Allgemein (n = 12)	Kinder- und Jugendpsy- chiarie (N = 7)	Geronto- psychiatrie (n = 1)	TK mit gem. Zielgruppen (n = 3)	Gesamt (n = 23)
von 0 bis unter 18	0,0	100,0	0,0	0,7	30,5
von 18 bis unter 30	25,0	0,0	0,0	21,3	15,8
von 30 bis unter 45	33,7	0,0	1,0	30,3	21,6
von 45 bis unter 60	35,4	0,0	15,0	36,3	23,9
von 60 bis unter 65	4,4	0,0	6,0	6,0	3,3
von 65 bis unter 75	1,5	0,0	42,0	5,3	3,3
75+	0,3	0,0	36,0	0,3	1,7

Wartezeiten

Hinsichtlich der Wartezeiten auf Aufnahme machten 25 von 26 Tageskliniken Angaben, von diesen berichteten 81 % über Wartezeiten bei einem Teil der Patientinnen und Patienten. Allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Wenn Wartezeiten genannt wurden, dann entfällt die relative Mehrzahl der Antworten auf Wartezeiten von zwei bis vier Wochen (47 %), gefolgt von Wartezeiten von ein bis drei Monate (23 %) und bis zu zwei Wochen (24 %). Abteilungsbezogen betrachtet liegen die relativ höchsten Wartezeiten bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen: 63 % mit einer Wartezeit von ein bis drei Monate, drei bis sechs Monate 23 %. Da die Angaben sich nicht auf alle Behandlungsfälle beziehen, sind diese Aussagen auch hier nur in der Tendenz zu werten, insgesamt ergeben sich Anzeichen für etwas höhere Wartezeiten bei teilstationären Behandlungen.

ICD-Diagnosen

Die Einstufung nach ICD-Diagnosen ergab folgendes Bild (Tab. 32): Die Tagesklinik ist die Domäne für die Behandlung affektiver Störungen (F30-F39): 39 % entfallen insgesamt darauf, sieht man von den kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken ab, liegen die Anteile hier zwischen 39 % und 59 %. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken konzentrieren sich zu 70 % auf altersbezogene Störungen (F90-F98), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14 % (F40-F49).

Tab. 32: Behandlungsfälle in Tageskliniken nach ICD-Einstufung im Jahr 2010 (in %)

ICD-Einstufung	Allgemein (n = 12)	Kinder- und Jugend- psychiatrie (n = 7)	Geronto- psychiatrie (n = 1)	TK mit gem. Zielgruppen (n = 3)	Gesamt (n = 23)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1,3	0,7	20,0	0,7	1,8
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	3,0	0,0	0,0	5,3	2,3
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	12,8	2,1	7,0	14,0	9,8
F30-F39 Affektive Störungen	51,8	4,1	39,0	58,7	39,3
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	16,3	13,9	7,0	17,0	15,3
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,4	1,6	0,0	0,3	1,3
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,1	1,7	0,0	3,0	6,0
F70-F79 Intelligenzstörung	0,3	2,7	0,0	0,0	0,9
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,1	3,0	1,0	0,0	0,9
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,2	70,3	0,0	0,0	19,0
F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere	3,4	0,0	26,0	0,3	3,0

Personalstruktur in den Tageskliniken:

Von 26 Tageskliniken haben 21 Angaben zum Personal gemacht. Hochgerechnet ergibt sich aus diesen Angaben eine Gesamtpersonalkapazität von ca. 276 Vollkräften. (Ein Vergleich mit der Situation zum Zeitpunkt des 2. Psychiatrieberichts ist hier mangels Zahlen nicht möglich).

Das Fachpersonal verteilt sich prozentual betrachtet wie folgt:

Tab. 33: Verteilung des Fachpersonals in Tageskliniken im Jahr 2010

Berufsgruppen	in %
Ärztinnen/Ärzte	15,4
Krankenpflegekräfte	42,6
Psychologinnen/Psychologen	12,6
Ergotherapeutinnen/-therapeuten	14,4
Bewegungs-, Physiotherapie	2,8
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	6,0
Sonstige	6,2

Entsprechend der Aufgabenstellung der Tageskliniken ist das Berufsgruppenspektrum deutlicher hin zu den ärztlich-therapeutischen Berufen „verschoben“, der Anteil pflegender Berufe ist hier geringer.

Ehrenamtliche, freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Von allen Tageskliniken kann nur die gerontopsychiatrische Tagesklinik auf ehrenamtliche, freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurückgreifen.

Deckung des Personalbedarfs in der Zukunft

Zugunsten einer 5-Jahres-Prognose bis zum Jahr 2016 zur Deckung des Personalbedarfs haben sich 15 von 26 Tageskliniken geäußert. Insgesamt sieht keine Tagesklinik, dass die Bedarfsdeckung innerhalb dieses Zeitraums nicht prinzipiell machbar sein wird, 58 % der Abteilungen sehen die Bedarfsdeckung in der Summe ohne Probleme, 42 % als mit Problemen behaftet, aber machbar.

Jedoch zeigen sich auch hier notwendige Differenzierungen: Die Gewinnung von Nachwuchs im ärztlichen Bereich wird hier mit 52 % als problematisch, aber machbar bezeichnet, hingegen befürchten 44 % Schwierigkeiten („wahrscheinlich nicht möglich“). Diese Einschätzungen liegen z.T. deutlich über den Prognosen für die anderen Berufsgruppen: Schwierigkeiten werden noch bei Krankenpflegekräften (50 %: problematisch, aber machbar) und bei Psychologinnen/Psychologen gesehen (46 %: problematisch; 4 %: nicht möglich), dann sinken die Zahlen mit Nennungen zu „problematisch, aber machbar“ ab: Heilpädagogik 33 %, Sozialarbeit 32 %, Erzieherinnen/Erzieher 30 %, mehrheitlich wird bei diesen Berufsgruppen aber die Bedarfsdeckung als noch unproblematisch bis zum Jahr 2016 eingeschätzt. Trotz z.T. leicht optimistischer Bewertung muss dennoch darauf verwiesen werden, dass die Personalgewinnung für die kommenden Jahre auch in den Tageskliniken Anstrengungen erfordern wird.

Kooperation

Die Tageskliniken (22 von 26 haben dazu Aussagen getroffen) geben als Kooperationspartner die nachfolgenden zwölf Dienste und Einrichtungen als häufigste Partner an und bewerten die Kooperation mit diesen wie folgt nach Schulnoten:

Tab. 34: Kooperationspartner der Tageskliniken nach Häufigkeit und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010

Kooperationspartner	Häufigkeit der Nennung in %	Bewertungen
niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	86,0	1,9
niedergelassene Psychotherapeutinnen/-therapeuten	82,0	1,8
Gesundheitsämter	68,0	2,1
Allgemeinkrankenhäuser	64,0	2,0
Psychiatrische Kliniken	64,0	1,6
Sozialämter	64,0	1,9
Beratungsstellen	59,0	1,8
Fachkrankenhäuser	59,0	1,6
Jugendämter	59,0	2,1
Sozialpsychiatrische Dienste	55,0	1,9
Tagesstätten	45,0	2,2
Selbsthilfegruppen	45,0	2,1

Im Unterschied zu den Fachabteilungen ist das Kooperationspektrum der Tageskliniken mehr auf ambulante Stellen und Ämter ausgerichtet, was durch die Übergangsfunktion der Tageskliniken seine Erklärung finden kann. Auch hier findet die relativ kritische Bewertung durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken statt.

Die Aussagen zu den *Stärken/Schwächen/Verbesserungsvorschlägen* der Tageskliniken decken sich vielfach mit denen der bereits von den Fachabteilungen (z.T. personen- und sachidentisch) am Ende von Abschnitt 4.3.1.8 wiedergegebenen. Insofern kann an dieser Stelle auf diese verwiesen werden.

4.3.2 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur stationären/teilstationären Versorgung

Im 2. Psychiatriebericht wurden diverse Einschätzungen zur stationären und teilstationären Versorgungssituation getroffen, die im Jahr 2010 noch einmal einer Bewertung unterzogen wurden; im Workshop zur Allgemeinpsychiatrischen Versorgung (Ende Mai 2011) ergab sich dabei insbesondere Folgendes – auch im Sinne einer Bestätigung des (bisher) Erreichten:

- Die PsychPV ist weiterhin als Grundlage der Personalausstattung anerkannt.
- Das Regionalisierungsprinzip wird beachtet; der Zuschnitt der Pflichtversorgungsgebiete für den Erwachsenenbereich akzeptiert, ggf. für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich noch einmal in Teilaspekten zu überdenken.
- Überbelegungen konnten durch Bettenausweitungen reduziert werden.
- Der geforderte Ausbau der tagesklinischen Behandlung ist erfolgt. Ein weiterer Ausbau sollte möglichst kostenneutral, nicht jedoch betten- bzw. platzneutral erfolgen.
- Der Ausbaugrad der stationären und teilstationären Versorgung im Freistaat Thüringen wird sowohl hinsichtlich der Entwicklung seit dem 2. Psychiatriebericht wie ak-

tuell als gut bezeichnet. Die Verteilung der Behandlungskapazitäten in der Fläche ermöglicht auch einen entsprechenden Zugang für die Bevölkerung. Der gestiegenen Inanspruchnahme konnte durch den Ausbau der Bettenkapazitäten in den letzten Jahren Rechnung getragen werden.

Trotz dieser positiven Sicht bzw. der Anerkennung des Erreichten brachten die Befragten (Workshop am 30. Mai 2011, befragte Fachabteilungen und Tageskliniken, Mitglieder der AG Krankenhauspsychiatrie) hingegen zum Ausdruck, dass *bereits im Ist das nachstationäre Geschehen noch weiterentwicklungsbedürftig ist*.

Handlungsvorschläge richten sich deshalb vor allem auf folgende Aspekte:

- Notwendig ist, dass an einer *qualitativ und quantitativ optimierten ambulanten Versorgung* weiter gearbeitet wird, mit Akzentsetzung auf eine optimierte regionale Verteilung der Behandlungskapazitäten und der Abwehr eines drohenden Fachärztemangels.
- Des Weiteren wird eine bessere fachliche, insbesondere *fachärztliche Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste* als Instanz der Vermittlung, Koordination und Steuerung in Kooperation mit dem stationären Bereich gefordert.
- Schließlich wird auf den *Ausbau und auf die Funktionalität der außerstationären, tagestrukturierenden, beschützenden, pflegenden und beschäftigungsorientierten Hilfen Wert gelegt auch zugunsten der Vermeidung von Wiederaufnahmen*.
- Kritisch wird die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d KHG gesehen. Befürchtet wird ein steigender bürokratischer Aufwand zuungunsten therapeutischer Leistungen.⁹⁴

Quer über diese Vorschläge hinweg zieht sich die Forderung nach *noch besserer Vernetzung und Koordination*, auch durch die entsprechenden Ämter. Besonders hervorzuheben ist, dass die stationären und teilstationären Versorgungsträger uneingeschränkt zur Erfüllung ihrer Aufgabe stehen, dass deren Erfüllung aber davon abhängig gesehen wird, dass nachstationär auch die entsprechenden qualifiziert auf- und übernehmenden Instanzen, Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Gefahren werden darin gesehen, dass die Vorgaben des ThürPsychKG in der Erfüllung Beeinträchtigung erfahren, da die steuernden und koordinierenden Aufgaben der SpDi wegen Unterbesetzung nicht zureichend wahrgenommen würden, verwiesen wird auch auf deren hoheitliche Aufgaben. Geprüft werden sollte folglich auch, ob im tariflichen Sektor Optimierungen möglich werden. Damit in Verbindung wird auch die *Bedeutung der Funktion des „Psychiatrie-Koordinators“* für die weitere Zukunft nochmals deutlich unterstrichen.

Ein besonderes Augenmerk wurde schließlich auf *Erhalt und Weiterentwicklung sektorübergreifender Behandlungsformen* gelegt. Neben der bereits guten Verzahnung der stationären und teilstationären Versorgung – mit Akzent auch künftig auf dem Vorrang teilstationärer vor stationärer Versorgung, wo immer möglich – soll patientenbezogen auch die Institutsambulanz noch mehr als bisher als Teil eines Gesamtkonzepts fungieren. Den Beteiligten ist bewusst, dass hier unterschiedliche Rechts- und Finanzierungsgrundlagen vorliegen.

94 Es wurde bereits in Kapitel 3 darauf verwiesen, dass dazu auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Mai 2011 noch dringenden Klärungsbedarf angemeldet hat.

Von daher wird – im Sinne eines „Behandlungs-Gesamtplans“ – hervorgehoben, dass der Gedanke eines (*regionalen*) *Psychiatrie-Budgets* weiterverfolgt werden sollte. Mindestens sollten bestehende Ansätze dazu modellhaft evaluiert und fortgeführt werden können. Im Freistaat Thüringen läuft hierzu derzeit ein bundes- und landesweit beachtetes, mehrjähriges Vorhaben (zunächst bis 2012) auf Vertragsbasis mit den Krankenkassen in den beiden Psychiatrischen Kliniken des Südharz-Klinikums in Nordhausen: Hier werden die Leistungen bzw. Ausgaben für die Klinik, Tagesklinik und Institutsambulanz (sowohl in der Klinik für Erwachsene wie in der Klinik für Kinder und Jugendliche) budgetär gebündelt, so dass den Kliniken die Möglichkeit eröffnet wird, zwischen den Behandlungssettings (stationär, teilstationär, ambulant) bedarfsbezogen und individuell bezogen auf den jeweils zu behandelnden Menschen zu wählen bzw. zu wechseln. Innerhalb eines Korridors (Abweichungen bis zu +/- 6 %) kann bei Über- oder Unterschreiten der jährlichen Patientenzahlen (Bezug: Personen, nicht Fälle pro Jahr) nachverhandelt werden. Damit sind wichtige Voraussetzungen u.a. für einen integrativen Behandlungsverlauf und sektorübergreifendes Handeln geschaffen.⁹⁵

Zwar verlassen diese Ansätze noch nicht den Bereich des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), aber sie forcieren sektorübergreifende Behandlungsformen (stationär, teilstationär, [Instituts-]Ambulanz), die modellhaft hineinwirken können in weitere Bereiche. Zweifelsohne ist es von dort noch ein weiter Weg bis zu dem Punkt, wo ein „Regionales Psychiatrie-Budget“ nicht nur den (teil-)stationären und institutsambulanten, sondern auch den ambulant-niedergelassenen, komplementären und rehabilitativen Sektor umfassen und auf andere Gesetzesgrundlagen übergreifen würde (z.B. SGB XI, SGB XII). Es wird jedoch empfohlen, Ansätze und Gedanken zu sektorübergreifenden Behandlungs- und Finanzierungsformen weiter systematisch, modellhaft und ggf. bezogen auf eine Region aufzuarbeiten und mindestens Voraussetzungen für dessen Umsetzung systematisch zu benennen und zu verfolgen.⁹⁶

4.4 Komplementäre Versorgung und berufliche Rehabilitation

4.4.1 Datengrundlagen

Neben den ambulanten, teil- und vollstationären Versorgungsbereichen stützen sich die Beratung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen im Freistaat Thüringen – als „dritte Säule“ – auf den komplementären Versorgungssektor. Zu den komplementären Versorgungsangeboten gehören „klassischer Weise“ die ambulanten und stationären Wohneinrichtungen (Ambulant Betreute Wohnformen, Wohnheime, Übergangs- und Pflegeheime) sowie Dienste und Einrichtungen, die auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung und Rehabilitation zielen (u.a. Berufsbildungswerke, berufsbegleitende Dienste, Integrationsfirmen, Werkstätten für behinderte Menschen). Hinzukommen Angebote, die der Tagesstrukturierung bzw. -gestaltung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen dienen (insbesondere Tagesstätten).

95 Vgl. hierzu Wilms, B., Pille, A.: Einführung des Regionalen Versorgungsbudgets in einer Versorgungsklinik, 2010. Ein weitgehend identischer Ansatz wird bereits seit dem Jahr 2002 im Klinikum Itzehoe (Kreis Steinburg) zusammen mit dem Psychiatrischen Centrum in Glückstadt und in weiteren fünf Landkreisen in Schleswig-Holstein verfolgt, siehe aktuell: Deister, A.: Ein Regionales Budget für die Psychiatrie, 2011.

96 Sektorübergreifende Ansätze werden auch von einer Gruppe von Chefärztinnen/Chefärzten psychiatrischer Kliniken in Bremen-Ost, Rüdersdorf, Potsdam, Itzehoe, Nordhausen, Berlin-Neukölln systematisch befördert und gefordert, vgl. z.B. Deister, A. u.a.: Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie, 2011.

Die nachfolgende Darstellung der *Ist-Situation im Bereich der komplementären Versorgung und beruflichen Rehabilitation* im Freistaat Thüringen stützt sich vor allem auf folgende *Datenquellen*:

- Psychiatriewegweiser des Freistaats Thüringen aus dem Jahr 2010 (herausgegeben vom TMSFG)
- Daten des Thüringer Landesverwaltungsamts (TLVwA) zur Eingliederungshilfe für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen (Daten zum Stichtag: 31. Dezember 2010)
- Bericht zur Situation von Menschen mit Behinderung im Freistaat Thüringen aus dem Jahr 2004 (herausgegeben vom TMSFG)
- Daten der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Jahresbelegung der WfbM (Zeitraum 1992 bis 2010 jeweils Stand: 31. Dezember)
- Daten der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der BA zur Anzahl psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen in den WfbM des Freistaats Thüringen (Stand: 31. Dezember 2010)
- Ergebnisse der von FOGS/ceus consulting im Zeitraum von Anfang Mai bis Ende Juni 2011 durchgeführten schriftlichen Befragung sowie der parallel dazu stattgefundenen themenbezogenen Workshops.

Daneben wurden noch bei FOGS/ceus consulting vorliegende Papiere und Stellungnahmen wie z.B. „Perspektiv – (Wechsel) – Werkstatt für Menschen mit Hilfebedarf“ (Landesarbeitsgemeinschaft WfbM Thüringen) in die Überlegungen einbezogen.

4.4.2 Ist-Situation

4.4.2.1 Komplementäre Hilfen im Überblick

Im Jahr 2010 (Stichtag: 31. Dezember 2010) verfügte der Freistaat Thüringen über 39 stationäre Wohneinrichtungen einschließlich 21 Außenwohngruppen mit insgesamt 1.167 Plätzen (1.039 Wohnheimplätze und 128 Plätze in Außenwohngruppen), in denen psychisch kranke und seelisch behinderte Personen betreut werden. Hinzu kommen nach Angaben des TLVwA 935 Leistungsberechtigte, die (unterschiedliche) Ambulant Betreute Wohnangebote (ABW) in Anspruch nehmen (Stand: 31. Dezember 2009).

Wie aus den Daten des TMSFG und des TLVwA hervorgeht, verteilen sich die Wohneinrichtungen in unterschiedlicher Weise auf die kommunalen Körperschaften des Freistaats Thüringen: Während z.B. die kreisfreien Städte Erfurt und Gera über jeweils eine Wohneinrichtung mit 30 bzw. zwölf Plätzen verfügen, können der Wartburgkreis auf drei Einrichtungen (mit 116 Plätzen sowie sechs Plätzen in einer Außenwohngruppe), der Landkreis Hildburghausen auf vier Wohneinrichtungen (mit 133 Plätzen und zehn Plätzen in einer Außenwohngruppe) sowie der Landkreis Saalfeld-Rudolstadt auf drei Einrichtungen (mit 153 Plätzen) zurückgreifen. Im Unterschied dazu konzentrieren sich die Ambulant Betreuten Wohnangebote auf die Städte Gera (71 Nutzerinnen und Nutzer) und Jena (85 Nutzerinnen und Nutzer) sowie die Landkreise Unstrut-Hainich-Kreis (61 Nutzerinnen und Nutzer), Landkreis Sömmerda (77 Nutzerinnen und Nutzer) und Landkreis Weimarer Land (70 Nutzerinnen und Nutzer).

Entsprechend der FOGS/ceus consulting vorliegenden Angaben haben die stationären Wohnheime eine *Belegungsquote* von fast 99 %, wobei der ganz überwiegende Anteil der

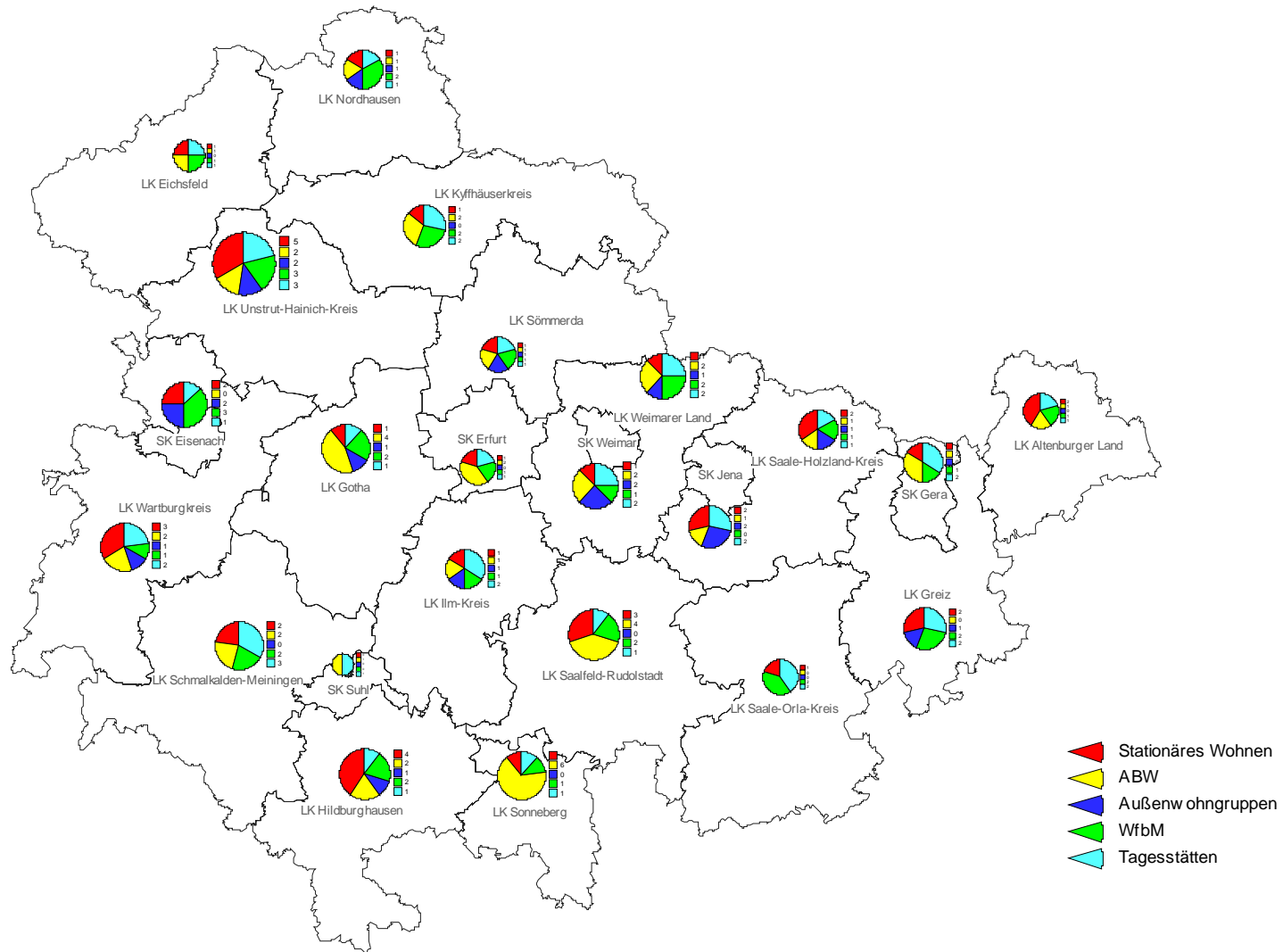
Einrichtungen zu 100 % ausgelastet ist, lediglich in Ausnahmefällen bestehen geringfügige Unter- bzw. Überbelegungen.

Wie aus Angaben der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesanstalt für Arbeit aus dem *Jahr 2010* hervorgeht, arbeiten im Freistaat Thüringen *32 anerkannte Werkstattträger*, von denen *28 eine oder mehrere Betriebsstätten* für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen vorhalten. Die durchschnittliche Belegung aller *Werkstätten für behinderte Menschen* (d.h. für *alle* Gruppen von Menschen mit Behinderung) beträgt aktuell 9.963, wobei davon auf das Eingangsverfahren bzw. den Berufsbildungsbereich 1.370 und auf den Arbeitsbereich 8.593 Belegungen entfallen. Absolut betrachtet hat sich im Zeitraum von 1992 bis 2010 die durchschnittliche Jahresbelegung der Werkstätten im Freistaat Thüringen verdreifacht, d.h. von 3.007 auf 9.963 Belegungen. Davon entfällt auf die Personengruppe der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Jahr 2010 ein Anteil von 22,3 %, d.h. 2.218 Belegungen.

Der Freistaat Thüringen verfügte im gleichen Jahr über *36 Tagesstätten mit 706 Plätzen*, die sich mit wenigen Ausnahmen relativ gleichmäßig (je Kommune eine oder zwei Tagesstätten) auf die kreisfreien Städte und Landkreise des Landes verteilen. Hervorzuheben ist, dass im Landkreis Schmalkalden-Meiningen und im Unstrut-Hainich-Kreis, psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in jeweils drei Tagesstätten betreut werden. Die Tagesstätten weisen eine Belegungsquote von 97 % auf und werden – wie die vorliegenden Daten zeigen – im Jahr 2010 von insgesamt 670 leistungsberechtigten Personen in Anspruch genommen.

Einen (grafischen) Überblick über die im Freistaat Thüringen im Bereich „Wohnen“, „Arbeit“ und „Tagesstrukturierung“ vorhandenen komplementären Angeboten gibt die nachfolgende Abbildung.

Abb. 3: Stationäres Wohnen, ABW, WfbM und Tagesstätten⁹⁷



97 Die Zahl der Einrichtungen (stationäres Wohnen, Außenwohngruppen, WfbM und Tagesstätten) beziehen sich auf das Jahr 2010 (Stand: 31. Dezember 2010), die Daten zu ABW basieren auf Angaben aus dem Jahr 2009 (Stand: 31. Dezember 2009).

4.4.2.2 Wohnen

Wohnen ist für alle Menschen ein Grundbedürfnis und ein zentraler Punkt in der Lebensgestaltung. Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Behinderung gehört heute zu den zentralen Zielen moderner Sozial- und Behindertenpolitik. Selbstbestimmt heißt dabei, unabhängig von der Art und dem Grad des Unterstützungs- und Hilfebedarfs eigenständig wählen zu können, wie und wo man leben möchte. Dafür sind hoch differenzierte wohnortnahe Unterstützungssysteme notwendig: Wohn- und Lebensräume psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen sind in der Kommune zu sichern und die notwendigen Unterstützungsleistungen sind so zu organisieren, dass diese zu den Menschen kommen und nicht der behinderte Mensch sein Lebensumfeld aufgeben muss, um eine bestimmte Hilfe zu bekommen. Ausgehend vom Psychiatriewegweiser des Freistaats Thüringen aus dem Jahr 2010 haben FOGS/ceus consulting im Rahmen der schriftlichen Befragung 107 Fragebogen an Träger und Einrichtungen von (stationären und ambulanten) Wohnangeboten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen versandt.⁹⁸ Mit 78,5 % (n = 84 Fragebogen) konnte insgesamt ein sehr guter Rücklauf erzielt werden, wobei folgende (*wohnangebotsspezifische*) *Rücklaufquoten* erreicht wurden: Wohn-/Pflegeheime 92,3 % (n = 12), Wohn-/Übergangsheime 83,3 % (n = 5), Wohngemeinschaften/Wohngruppen 77,8 % (n = 7), Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) 75,7 % (n = 28), Wohnheime 64,3 % (n = 18) sowie sonstige (Wohn-)Einrichtungen 100% (n = 14). Damit liegt für den Teilhabebereich „Wohnen“ eine fundierte Datenbasis für (vertiefende) Ist-Analysen vor. Nachfolgend soll – getrennt für die verschiedenen Wohnformen – auf (ausgewählte) Aspekte der schriftlichen Erhebung eingegangen werden.

(Ambulant) Betreutes Wohnen

Betreute Wohnangebote sind gemeindeintegrierte ambulante Hilfen zur Eingliederung (auf Basis des SGB XII) von (i.d.R. erwachsenen) psychisch kranken und seelisch behinderten und/oder suchtkranken Menschen im häuslichen Umfeld. ABW erbringt Unterstützungsleistungen, die – neben der Bearbeitung krankheitsspezifischer Problemstellungen – vor allem im Bereich der Selbstversorgung, der Kommunikation und Kontaktfindung angesiedelt sind. Als Grundlage für die Hilfeleistungen dient – wie auch in den anderen Bereichen der Eingliederungshilfe – ein *Individueller Hilfe-/Teilhabepan* (s.u.). Dieser wird in enger Kooperation mit der Klientin/dem Klienten erarbeitet, wobei sich die Betreuungsziele und -inhalte an den persönlichen Ressourcen/Fähigkeiten sowie an den Wünschen der Klientinnen und den Klienten orientieren (sollen). Die Hilfen durch das Betreute Wohnen erfolgen i.d.R. im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche und damit verbundenen (Beratungs-)Gesprächen. Vorrangiges Ziel der Betreuungsleistungen ist die Befähigung der Klientin/des Klienten zu einer möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung und deren/dessen vollständige Integration in die Gesellschaft. Ambulant Betreutes Wohnen soll eine Wohnfähigkeit im eigenen Wohnraum ermöglichen, um möglichst langfristig eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Von den an der Befragung beteiligten 28 Einrichtungen mit ABW haben lediglich 13 Leistungsanbieter Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht. Insgesamt verfügen diese über 612 Plätze (im Mittel 47 Plätze), wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze rd. 90 % beträgt (bei einer Spannweite im Minimum von 50 % und Maximum 100 %). Von den 28 Einrichtungen mit ABW sehen fünf Einrichtungen keine Beschränkungen hinsichtlich ihrer

98 In diesem Kapitel wird nicht auf Wohneinrichtungen für Kinder- und Jugendliche eingegangen. Wie in den vorangegangenen Psychiatrieberichten bezieht sich die Darstellung ausschließlich auf Wohneinrichtungen, deren gesetzliche Grundlage die Eingliederungshilfe (§§ 53ff. SGB XII) darstellt.

Aufnahmen. Die übrigen 23 ABW verweisen vor allem auf folgende, die Aufnahme einschränkende Regelungen:

- (aktuelle) Suchtproblematik bzw. Suchterkrankung darf nicht im Vordergrund stehen (16 Nennungen)
- (akute) Fremd- und Eigengefährdung (sieben Nennungen).

Im ABW werden, wie die Angaben von 27 Leistungsanbietern zu 1.009 *Klientinnen und Klienten* zeigen, rd. 55 % Männer und (entsprechend) 45 % Frauen betreut. Jeweils rd. 32 % der betreuten Personen entfallen dabei auf die *Altersgruppen* 30 bis 45 Jahre sowie 45 bis 60 Jahre alt. Etwa ein Fünftel der Betreuten ist 18 bis 30 Jahre alt, ein erheblich kleinerer Anteil (ca. 6 %) entfällt auf ältere Personen (65 Jahre alt und älter).

Tab. 35: *Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner des (Ambulant) Betreuten Wohnens im Jahr 2010*

Altersgruppen (n = 24)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	2,1
von 18 bis unter 30	20,5
von 30 bis unter 45	32,5
von 45 bis unter 60	31,1
von 60 bis unter 65	8,2
von 65 bis unter 75	5,2
von 75+	0,4
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 25)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	23,8
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	18,6
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	10,8
F70-F79 Intelligenzstörung	10,5
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7,2
F30-F39 Affektive Störungen	6,2
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5,5
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	5,3
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,3
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,3
F80-F89 Entwicklungsstörungen	2,0
andere ICD-Einstufungen	2,5
Gesamt	100,0

Erwartungsgemäß werden im Rahmen des Betreuten Wohnens vorwiegend Menschen mit einer *psychischen Erkrankung und seelischen Behinderung* betreut und beraten (rd.

66 %). Daneben nehmen vor allem Personen mit Mehrfachbehinderung (rd. ein Fünftel der dokumentierten Klientinnen und Klienten) und geistig beeinträchtigte Menschen (rd. 9 %) diese Angebote in Anspruch. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* dominieren – wie die obige Tabelle zeigt – mit rd. einem Viertel F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) sowie mit rd. 20 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Darüber hinaus entfallen noch nennenswerte Anteile (jeweils rd. 11 %) auf die ICD-Einstufungen F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen) und F70-F79 (Intelligenzstörung).

Derzeit spielen *Wartezeiten* für die Klientinnen und Klienten, die ABW in Anspruch nehmen wollen, augenscheinlich keine große Rolle. So weisen lediglich acht Einrichtungen (von 28, die an der Befragung teilgenommen haben und die Ambulant betreutes Wohnen anbieten), auf Wartezeiten ihrer Klientinnen und Klienten hin, drei davon von weniger als zwei Wochen, ebenfalls drei ABW von zwei bis vier Wochen sowie zwei Einrichtungen von ein bis drei Monate.

Insgesamt 25 Leistungsanbieter haben FOGS/ceus consulting in der schriftlichen Erhebung Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden überwiegend Teilzeitbeschäftigte (mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten) im Ambulant Betreuten Wohnen eingesetzt. Im ABW werden – wie bereits im 2. Psychiatriebericht dokumentiert – ganz überwiegend Sozialpädagoginnen/-pädagogen/Sozialarbeiterinnen/-arbeiter (zu 50 %) eingesetzt, gefolgt von Erzieherinnen/Erziehern und Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger. Insgesamt sechs ABW berichten davon, neben professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (auch) ehrenamtlich Engagierte in die Arbeit einzubinden. Das ehrenamtliche Engagement bezieht sich dabei auf die Wahrnehmung von Fahrdiensten, Hilfe beim Einkauf und der Gestaltung von Freizeitaktivitäten.

Für die Zukunft gehen lediglich drei Einrichtungen davon aus, *Probleme bei der Gewinnung (qualifizierter) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Altenpflegerinnen/-pfleger) zu haben und künftig den Bedarf nicht decken zu können.

Ambulant Betreute Wohnangebote *kooperieren fallbezogen* vor allen mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Fach-/Allgemeinkrankenhäusern, wobei sich die Zusammenarbeit in erster Linie auf die Vermittlung und Übernahme von Klientinnen und Klienten konzentriert. Dazu werden mit den wesentlichen Kooperationspartnern Fallgespräche, (schriftliche) Hilfeplanungen und Übergabegespräche durchgeführt. Neun von 28 Einrichtungen, die ABW vorhalten, verfügen über *verbindliche Kooperationsvereinbarungen*. Dabei werden von den Befragten insbesondere Leistungs-, Entgelt- und Prüfungsvereinbarungen mit den Kommunen/örtlichen Trägern der Sozialhilfe genannt (sechs Nennungen).

In der Bewertung (relevanter) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut schneiden dabei die Beratungsstellen (Mittelwert: 1,9) ab, etwas schlechtere Noten erhalten niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/-ärzte (2,1), Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten (2,5) sowie Allgemeinkrankenhäuser (ebenfalls 2,5).

Neben der fallbezogenen Kooperation arbeiten Einrichtungen, die ABW anbieten, auch auf *institutioneller Ebene* mit einer Vielzahl von Diensten, Einrichtungen, Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen sowie mit Ämtern zusammen. In der schriftlichen Befragung wurden vor allem folgende (*Vernetzungs-*)*Gremien* genannt: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) sowie Gremien, die die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) steuern.

Wohnheime

Wohnheime für psychisch kranke Menschen sind stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und zielen insbesondere auf die Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen, die aufgrund ihrer chronischen und vielfältigen Problemlagen einen komplexen (langfristigen) Unterstützungs- und Hilfebedarf haben. Im Vordergrund ihres Angebotsspektrums stehen Hilfen zur Förderung sozialer und alltagsbezogener Kompetenzen in den Bereichen Selbstversorgung, Tagesstrukturierung, Kommunikation und Kontaktfindung. Darüber hinaus halten sie arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote vor, die einerseits rehabilitativ ausgerichtet sind und andererseits der Tagesstrukturierung dienen.

Alle 18 Wohnheime, die an der Befragung beteiligt waren, haben Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht. Insgesamt verfügen die Einrichtungen über 518 Plätze (im Mittel 29 Plätze), wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze bei ca. 94,5 % (bei einer Spannweite im Minimum von 74 % und Maximum von 107 %) liegt.

Die *Aufnahme* in die Wohnheime ist bei 16 Einrichtungen konzeptionell beschränkt. Dazu getroffene Ausschlusskriterien thematisieren – analog zu ABW – insbesondere folgende Punkte:

- (aktuelle) Suchtproblematik bzw. Suchterkrankung darf nicht im Vordergrund stehen (neun Nennungen)
- Gewaltfreiheit/keine Fremdaggressivität (vier Nennungen)
- Volljährigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner (drei Nennungen).

In den Wohnheimen werden – wie die Angaben von 17 Einrichtungen zu 457 *Klientinnen und Klienten* zeigen – 62 % Männer und (entsprechend) 38 % Frauen betreut. Insgesamt sind – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnheime etwas älter als die, die ambulant betreute Wohnangebote nutzen. Der überwiegende Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner entfällt dabei – analog zu ABW – auf die *Altersgruppen* 30 bis 45 Jahre (rd. 21 %) sowie 45 bis 60 Jahre alt (ca. 42 %). Rd. ein Sechstel der Betreuten ist 18 bis 30 Jahre alt. Ein etwas größerer prozentualer Anteil (rd. 12 %) als beim ABW entfällt auf ältere Personen (65 Jahre alt und älter).

Tab. 36: Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnheime im Jahr 2010

Altersgruppen (n = 17)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	0,9
von 18 bis unter 30	16,1
von 30 bis unter 45	20,8
von 45 bis unter 60	41,7
von 60 bis unter 65	8,9
von 65 bis unter 75	9,8
von 75+	1,8
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 15)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	48,6
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	12,6
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	12,5
F70-F79 Intelligenzstörung	9,9
F30-F39 Affektive Störungen	5,6
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	3,1
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1,9
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1,5
andere ICD-Einstufungen	1,3
Gesamt	100,0

In den Wohneinrichtungen leben konzeptgemäß ganz überwiegend psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen (rd. 84 %). Daneben wohnt noch ein etwas größerer prozentualer Anteil von Personen mit Mehrfachbehinderung (7 % der Bewohnerinnen und Bewohner weisen neben der primären psychischen Beeinträchtigung eine weitere z.B. geistige Behinderung auf) in den Einrichtungen. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* treten mit fast 50 % F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sowie – in erheblich geringerem Umfang – mit jeweils rd. 13 % die ICD-Einstufungen nach F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) bzw. F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen) hervor.

Lediglich sechs Wohneinrichtungen (von 18, die an der Befragung teilgenommen haben) weisen auf *Wartezeiten* ihrer Klientinnen und Klienten hin, bei einer Einrichtung weniger als zwei Wochen (zwei Personen), bei drei Einrichtungen zwei bis vier Wochen (vier Personen) sowie wiederum jeweils bei einem Wohnheim von ein bis drei Monate (drei Personen) bzw. über sechs Monate (eine Person).

16 Wohnheime haben FOGS/ceus consulting in der schriftlichen Erhebung Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden etwas mehr Vollzeit- als

Teilzeitbeschäftigte in den Einrichtungen eingesetzt. Die Wohnheime weisen hinsichtlich ihrer Personalstruktur – wie bereits im 2. Psychiatriebericht dokumentiert – ein vielfältiges (Berufsgruppen-)Spektrum auf: Die Berufsgruppe mit dem höchsten Beschäftigtenanteil sind die Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger, deren Anteil bei rd. 24 % liegt. Die zweitgrößte Gruppe bildet die der Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten (rd. 12,3 %) sowie der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (rd. 10 %). Der Anteil der Sozialpädagoginnen/-pädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen/-arbeiter liegt etwas unter 10 %. Damit kann im Vergleich zum 2. Psychiatriebericht eine leichte Verschiebung in der Personalstruktur der Wohnheime konstatiert werden: Insgesamt ist der Stellenwert der (Fach-)Krankenpflegekräfte etwas zurückgegangen und die der Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger etwas gestiegen.

Lediglich vier Einrichtungen verfügen über weitere (hauptamtliche) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z.B. FSJlerinnen/FSJler, Zivildienstleistende und geringfügig Beschäftigte. Ähnlich wie im Ambulant Betreuten Wohnen kommen in den Wohnheimen nur sehr wenige ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Einsatz. Deren Tätigkeit bezieht sich dann vor allem auf Fahrdienste und die Gestaltung kreativer Angebote.

Vier Wohnheime gehen in ihrer Prognose der Personaldeckung davon aus, dass sie künftig – gemessen an den gesetzten Anforderungen – nicht mehr in der Lage sind, insbesondere Psychologinnen/Psychologen und (Heil-)Pädagoginnen/-pädagogen für die Arbeit in der Einrichtung zu gewinnen.

Wohnheime arbeiten vor allem mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, ambulanten Wohnangeboten sowie Fach-/Allgemeinkrankenhäusern zusammen, wobei sich die Kooperation konzeptgemäß auf die Vermittlung und Übernahme von Klientinnen und Klienten konzentriert. Dazu werden mit den wesentlichen Kooperationspartnern Fallgespräche, (schriftliche) Hilfeplanungen sowie Übergabegespräche geführt. Von den Wohnheimen weisen drei Einrichtungen darauf hin, dass *verbindliche Kooperationsvereinbarungen* mit Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bestehen.

In der Bewertung (wichtiger) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut werden ABW (1,7), niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/-ärzte (1,9) sowie Allgemein- und Fachkrankenhäuser (1,8 bzw. 2,0) eingeschätzt; im Vergleich dazu erhalten u.a. die Beratungsstellen mit 2,3 eine etwas schlechtere Note.

Auf der kommunalen/regionalen Ebene erfolgt die *institutionell ausgerichtete Kooperation* der stationären Wohnheime – analog zum ABW – in PSAG und GPV.

Wohngemeinschaften/Wohngruppen

Aus den von den Befragten zurückgesandten Fragebogen ging nicht immer ganz eindeutig hervor, ob die Wohngemeinschaften/Wohngruppen ein ambulantes Setting umsetzen oder ob sie als (ausgelagerte) Wohngruppe eines Wohnheims fungieren. Insgesamt werden in diesen Einrichtungen mit Blick auf den Personenkreis psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen unterschiedliche konzeptionelle Ansätze und Arbeitsschwerpunkte verfolgt, die von i.e.S. *therapeutischen Wohngemeinschaften* bis zu *Langzeitwohngemeinschaften bzw. -gruppen* reichen. In eher *therapeutisch orientierten Wohngemeinschaften* umfasst das Angebot i.d.R. Gruppen- und Einzelgespräche, Beratung und Unterstützung in lebenspraktischen Fragen sowie in den Bereichen Arbeit und Freizeit. Außerdem können Hilfen zur sozialen und beruflichen Integration vermittelt werden. Auch Nachbetreuung und Krisenintervention werden oftmals angeboten. Im Unterschied dazu zielen *Langzeitwohngemeinschaften* stärker auf tagesstrukturierende Aktivitäten und

auf die Begleitung im Alltag. Das Ziel besteht dabei vor allem darin, langjährig psychisch kranke und seelisch behinderte Personen in ihrer Entwicklung zur Selbstständigkeit zu fördern und zu stabilisieren.

Alle sieben Wohngemeinschaften/Wohngruppen, die an der Befragung teilgenommen haben, haben Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht. Insgesamt verfügen sie über 65 Plätze (im Mittel neun Plätze), wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze bei ca. 87 % (bei einer Spannweite im Minimum von 50 % und Maximum von 100 %) liegt. Sämtliche Wohngemeinschaften/Wohngruppen haben Regelungen, die die *Aufnahme* beschränken, wobei vor allem eine akute Suchterkrankung als Ausschlusskriterium genannt wurde.

Die Wohngemeinschaften/Wohngruppen betreuen – wie die Angaben der fünf Einrichtungen zu 61 *Klientinnen und Klienten* zeigen – 61 % Männer und (entsprechend) 39 % Frauen. Der überwiegende Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner entfällt – im Unterschied zum ABW und den Wohnheimen – auf jüngere *Altersgruppen*, und zwar 18 bis 30 Jahre (rd. 38 %) sowie 30 bis 45 Jahre alte Personen (ca. 39 %).

Tab. 37: *Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaften/Wohngruppen im Jahr 2010*

Altersgruppen (n = 7)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	0,0
von 18 bis unter 30	37,4
von 30 bis unter 45	38,7
von 45 bis unter 60	23,9
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 7)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	31,3
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24,8
F00-F09 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	11,2
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	11,2
F70-F79 Intelligenzstörung	4,3
F30-F39 Affektive Störungen	3,3
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	2,3
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,0
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,7
andere ICD-Einstufungen	4,9
Gesamt	100,0

In den Wohngemeinschaften/Wohngruppen werden ganz überwiegend psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen (rd. 85 %) betreut. Daneben wohnen noch ein etwas größerer prozentualer Anteil suchtkranker Personen (mit einem Anteil von etwa 8 %) sowie mehrfachbehinderte Menschen (rd. 7 % der Bewohnerinnen und Bewohner) in den

Einrichtungen. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* dominieren mit rd. 31 % F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sowie mit ca. 25 % ICD-Einstufungen nach F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

Eine Wohngemeinschaft/Wohngruppe weist auf *Wartezeiten* ihrer Klientinnen und Klienten und zwar von zwei bis vier Wochen hin.

Sechs Wohngemeinschaften/Wohngruppen haben FOGS/ceus consulting in der schriftlichen Erhebung Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* zur Verfügung gestellt. Danach werden etwas mehr Vollzeit- als Teilzeitbeschäftigte in den Einrichtungen eingesetzt. Die Wohngemeinschaften/Wohngruppen weisen folgende Personalstruktur auf: Vorrangig sind in den Einrichtungen Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger (mit einem Anteil von rd. 23 %), Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten (mit ca. 37 %) und Erzieherinnen/Erzieher (mit ca. 14 %) beschäftigt. Der Anteil der Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter liegt bei 9 %.

Alle in die Auswertung der Befragung einbezogenen Wohngemeinschaften/Wohngruppen rechnen damit, auch künftig die von ihnen benötigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen zu können.

Die Wohngemeinschaften/Wohngruppen *kooperieren* in erster Linie mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Beratungsstellen, Allgemeinkrankenhäusern und anderen Wohnangeboten. Dabei bezieht sich die Zusammenarbeit – wie bei den anderen Wohnangeboten auch – insbesondere auf die Vermittlung und Übernahme von Klientinnen und Klienten. Dazu werden mit den wichtigsten Kooperationspartnern Fallgespräche, (schriftliche) Hilfeplanungen sowie Übergabegespräche durchgeführt.

In der Bewertung (wichtiger) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut schneiden dabei das ABW (1,8) und die Beratungsstellen (2,2) ab. Etwas kritischer wird die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten (2,5) sowie den Allgemeinkrankenhäusern (3,0) eingeschätzt.

Wohn- und Pflegeheime

Kombinierte Wohn- und Pflegeheime sind stationäre Einrichtungen, die sich an psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen wenden, die aufgrund ihrer Krankheit/Behinderung oder aus anderen Gründen an Fähigkeitseinschränkungen leiden, sodass sie vor allem in den Bereichen Selbstversorgung, in der Tagesstrukturierung und Beschäftigung oder im Bereich der Aufnahme sozialer Beziehungen einer umfassenden pflegerischen Unterstützung bedürfen.

Die an der Befragung teilnehmenden zwölf Wohn- und Pflegeheime haben Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht. Insgesamt verfügen die Einrichtungen über 475 Plätze (im Mittel 43 Plätze), wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze ca. 98 % (bei einer Spannweite im Minimum von 92 % und Maximum 100 %) beträgt.

Auch die Wohn- und Pflegeheime haben Ausschlusskriterien für eine Aufnahme formuliert, wobei vor allem eine (akute) Suchterkrankung eine Aufnahme verhindert.

In den Wohn- und Pflegeheimen werden 514 Bewohnerinnen und Bewohner pflegerisch betreut, wobei rd. 61 % Männer und 39 % Frauen sind. Erwartungsgemäß sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Pflegeheime – wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht – erheblich älter als die der anderen Wohnangebote. Die ganz über-

wiegenden Anteile entfallen dabei auf die *Altersgruppen* der 45 bis unter 60 Jahre (rd. 36 %) sowie 65 Jahre alten und älteren Personen (ca. 42 %).

Tab. 38: *Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Pflegeheime im Jahr 2010*

Altersgruppen (n = 12)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	0,0
von 18 bis unter 30	1,4
von 30 bis unter 45	8,7
von 45 bis unter 60	36,3
von 60 bis unter 65	11,9
von 65 bis unter 75	22,3
von 75+	19,4
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 9)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	42,7
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,1
F70-F79 Intelligenzstörung	9,0
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	7,9
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7,4
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5,4
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	5,0
F30-F39 Affektive Störungen	4,2
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,2
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,9
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1,1
andere ICD-Einstufungen	2,1
Gesamt	100,0

In den Wohn- und Pflegeheimen leben ganz überwiegend chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen (rd. 66 %). Daneben wohnt noch ein etwas größerer prozentualer Anteil von Personen mit Mehrfachbehinderung (16 % der Bewohnerinnen und Bewohner) in der Einrichtung. Mit Blick auf die in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* treten mit 43 % F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) besonders hervor.

Rd. die Hälfte der an der Befragung beteiligten Wohn- und Pflegeheime gibt *Wartezeiten* an, wobei sich diese wie folgt verteilen: Drei Einrichtungen weisen auf Wartezeiten zwischen zwei und vier Wochen hin, drei Einrichtungen dokumentierten längere Wartezeiten (bis zu sechs Monaten und länger); allerdings ist die Zahl der Personen, die Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, begrenzt (acht Klientinnen bzw. Klienten).

Elf Wohn- und Pflegeheime haben FOGS/ceus consulting Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* zur Verfügung gestellt. Danach werden in den Einrichtungen etwas mehr Vollzeit- als Teilzeitbeschäftigte (rd. 51 % aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) eingesetzt. Die Personalstruktur der Wohn- und Pflegeheime wird – entsprechend ihrer konzeptionellen Ausrichtung – geprägt durch Berufsgruppen aus dem pflegerischen Bereich: Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (rd. 23 %), Altenpflegerinnen bzw. -pfleger (11 %), Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten (rd. 9 %) sowie andere Beschäftigte im Pflegedienst (15 %).

Ehrenamtlichem Engagement kommt nur ein geringer Stellenwert zu; es bezieht sich dabei vor allem auf die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern.

Sechs Wohn- und Pflegeheime sehen zwar für die Zukunft Probleme hinsichtlich der Personalgewinnung (vor allem bei Kranken- und Pflegekräften); gleichwohl werden diese Herausforderungen als lösbar angesehen.

Wohn- und Pflegeheime *arbeiten* ganz überwiegend mit Fachkrankenhäusern und niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten zusammen. Im Rahmen der Kooperation werden vor allem Übergabegespräche sowie Fallgespräche geführt. Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den genannten Kooperationspartnern als (sehr) gut eingeschätzt.

Wohn-/Übergangswohnheime

Wohn- und vor allem Übergangswohnheime für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen sind stationäre Einrichtungen der Eingliederung mit einer – konzeptionell – stark rehabilitativen Ausrichtung. Zielsetzung ist es, durch eine an den medizinischen Erfordernissen orientierte Rehabilitation die lebenspraktischen Fertigkeiten zur Selbstversorgung sowie die sozialen und beruflichen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner soweit zu stabilisieren, dass sie ggf. mit weniger intensiven ambulanten Leistungen in einem eigenen Haushalt leben und evtl. weiterführende rehabilitative Maßnahmen in Anspruch nehmen können. Der Aufenthalt in Übergangswohnheimen ist deshalb für die Bewohnerinnen und Bewohner i.d.R. befristet.

An der Befragung haben fünf Wohn- und Übergangswohnheime teilgenommen, die alle Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht haben. Insgesamt werden in den Einrichtungen 86 Plätze (im Mittel 17 Plätze) vorgehalten, wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze bei 96 % (bei einer Spannweite im Minimum von 90 % und Maximum von 100 %) liegt.

Die Wohn- und Übergangsheime betreuen – wie die Angaben der drei Einrichtungen zu 83 *Bewohnerinnen und Bewohner* zeigen – überwiegend Männer (61 %) und entsprechend 39 % Frauen. Der größte Teil der Bewohnerinnen und Bewohner entfällt wie bei den „klassischen“ Wohnheimen auf die *Altersgruppen* der 30 bis 45 Jahre (rd. 24 %) sowie 45 bis 60 Jahre alten Personen (ca. 37 %). Rd. ein Fünftel der Betreuten ist 18 bis 30 Jahre alt. Kleinere prozentuale Anteile entfallen auf Personen im Alter ab 65 Jahre (6 %) sind.

Tab. 39: Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Übergangsheime im Jahr 2010

Altersgruppen (n = 5)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	0,0
von 18 bis unter 30	19,2
von 30 bis unter 45	23,6
von 45 bis unter 60	37,2
von 60 bis unter 65	14,6
von 65 bis unter 75	5,4
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 5)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	58,2
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	20,6
F30-F39 Affektive Störungen	8,8
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	4,0
F70-F79 Intelligenzstörung	3,6
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,8
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	0,7
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	0,7
andere ICD-Einstufungen	1,6
Gesamt	100,0

In den Wohn- und Übergangwohnheimen leben fast zu 100 % psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* dominieren mit fast 60 % F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) sowie – in erheblich geringerem Umfang – mit ca. 21 % bzw. rd. 9 % die ICD-Einstufungen nach F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) bzw. nach F30-F39 (affektive Störungen).

Zwei an der Befragung beteiligte Einrichtungen weisen auf *Wartezeiten* hin, wobei – zum Erhebungszeitpunkt – in einem Wohn- und Übergangsheim die Wartezeit drei bis sechs Monate für zwei Klientinnen und Klienten bestand.

Sämtliche Wohn- und Übergangsheime haben FOGS/ceus consulting Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden mehr Vollzeit- als Teilzeitbeschäftigte in den Einrichtungen eingesetzt (rd. 25 % Teilzeitbeschäftigte). Die Einrichtungen weisen hinsichtlich ihrer Personalstruktur – wie bereits im 2. Psychiatriebericht dokumentiert – ein vielfältiges (Berufsgruppen-)Spektrum auf: Die Berufsgruppe mit dem höchsten Beschäftigtenanteil sind die Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten mit 16,4 % sowie die Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger mit 15 %. Der Anteil der Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter beträgt rd. 5 %. Damit kann im Vergleich zum 2. Psychiatriebericht eine leichte Verschiebung in der Personalstruktur der Wohn- und Übergangwohnheime beobachtet werden: Insgesamt ist der Stellenwert der Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter stark zurückgegangen

(damals rd. 11 %) zugleich ist der der Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger (erheblich) gestiegen (früher 10,2 %).

Drei der fünf Einrichtungen setzen weitere (hauptamtliche) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z.B. FSJlerinnen/FSJler und geringfügig Beschäftigte, allerdings in geringfügigem Umfang ein. Zwei der fünf an der Befragung beteiligten Wohn- und Übergangseinrichtungen verfügen über ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die insbesondere in der Freizeitbetreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie (bei Bedarf) zu Hausmeistertätigkeiten eingesetzt werden.

Hinsichtlich der *zukünftigen Personalrekrutierung* wird von den Wohn- und Übergangseinrichtungen darauf hingewiesen, dass eine Deckung des Personalbestands künftig nur mit Problemen realisierbar ist.

Die Einrichtungen *kooperieren* vorwiegend mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, ambulanten Wohnangeboten sowie Fach- und Allgemeinkrankenhäusern. Dabei bezieht sich Zusammenarbeit vor allem auf folgende Aspekte: Übergabegespräche, schriftliche Fallübergaben, (gemeinsame) Fallgespräche und (schriftliche) Hilfeplanungen. Drei Wohn- und Übergangsheime verfügen über *verbindliche Kooperationsvereinbarungen*, die sich auf eine Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen beziehen, die in der PSAG kooperieren.

In der Bewertung (wichtiger) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut werden dabei die ambulanten Wohnangebote (1,0) und Beratungsstellen (1,7 eingeschätzt).

Die Wohn- und Übergangsheime sind ebenso wie ABW und stationäre Wohnheime in der PSAG und – wenn vorhanden – in den GPV vertreten.

4.4.2.3 Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung nehmen im Leben von Menschen mit und ohne Behinderung einen zentralen Stellenwert ein. Über Arbeit wird nicht nur der Lebensunterhalt sichergestellt, sondern es werden auch Selbstverwirklichung, Selbstbewusstsein und Anerkennung sowie soziale Kontakte gefördert. Die Teilhabe am Arbeitsleben hat deshalb auch für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen einen weitreichenden Einfluss auf die Lebensqualität, (öffentliche) Anerkennung sowie eine selbstbestimmte Lebensweise.

Durch die UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 27: Arbeit und Beschäftigung) wird Menschen mit Behinderung das gleichberechtigte diskriminierungsfreie Recht auf Arbeit zuerkannt. Mit der Ratifizierung der UN-Konvention haben sich die verschiedenen staatlichen Ebenen in der Bundesrepublik Deutschland dazu verpflichtet, einen *inklusiven* Arbeitsmarkt zu realisieren, der Menschen mit Behinderung gleichberechtigte Chancen auf Ausbildung und Beruf gibt. Zukünftig wird es deshalb vor allem darum gehen, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Beschäftigung für Menschen mit (psychischer/seelischer) Behinderung entstehen.

Der Freistaat Thüringen verfügt – wie oben bereits dargestellt – über *32 anerkannte Werkstattträger, von denen 28 Betriebsstätten speziell für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen* vorhalten. Daneben findet berufliche Teilhabe schon seit vielen Jahren auch im Rahmen *alternativer Beschäftigungsangebote* statt. Bund und Länder fördern die Beschäftigung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen (sowie anderer Gruppen von Menschen mit Behinderung) sowohl in speziellen *Integrationsprojekten und/oder -betrieben* sowie *Zuverdienstfirmen* als auch – im Sinne der Inklusion –

durch verschiedene Programme und Maßnahmen in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts (z.B. im Rahmen des bundesweiten Projekts JobBudget, unterstützte Beschäftigung).

Im Rahmen der schriftlichen Befragung haben FOGS/ceus consulting 49 Fragebogen an Träger und Einrichtungen von Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen versandt. Mit 32 Fragebogen konnte ein Rücklaufquote von 65,3 % erzielt werden, wobei folgende (angebotsspezifische) Quoten erreicht wurden: Werkstatt für behinderte Menschen 62,2 % (n = 23) sowie andere Arbeits- und Beschäftigungsangebote 75 % (n = 9). Damit liegt für den Teilhabebereich Arbeit und Beschäftigung eine belastbare Datenbasis vor.

Werkstatt (Betriebsstätte) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung in das Arbeitsleben. Gesetzliche Grundlagen sind vor allem das SGB IX, die Werkstättenverordnung (WVO) sowie die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO). Die WfbM zielen mit ihren Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder Eingliederungshilfe sowohl auf Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung als auch auf Personen mit psychischen/seelischen Beeinträchtigungen. Gem. § 136 Abs. 1 SGB IX ist die Werkstatt für behinderte Menschen „eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben im Sinne des Kapitels 5 des Teils 1 und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie hat denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

1. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und
2. zu ermöglichen, ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.“

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben verfügen die WfbM über ein breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen, über qualifiziertes Personal sowie einen begleitenden Dienst. Darüber hinaus gehören zum Angebotsspektrum ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; diese werden von den Werkstätten sowohl zum Zwecke des Übergangs als auch als dauerhaft ausgelagerte Plätze bereitgestellt.

In den WfbM folgt auf das grundsätzlich drei Monate dauernde Eingangsverfahren (EV) der Berufsbildungsbereich (BBB). Dieser gliedert sich in einen Grund- und Aufbaukurs von jeweils zwölfmonatiger Dauer. Erst nach Absolvierung des BBB haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, in den Arbeitsbereich zu wechseln.

„Behinderte Menschen, die die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt nicht erfüllen, sollen in Einrichtungen oder Gruppen betreut werden, die der Werkstatt angegliedert sind.“ (§ 136 Abs. 3 SGB IX).

An der Befragung haben 23 von insgesamt 32 anerkannten Werkstattträgern (oder ihre Betriebsstätten) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen teilgenommen.

Die *Aufnahme* in die Werkstätten ist bei 17 der befragten Einrichtungen konzeptionell beschränkt. Dazu getroffene Regelungen thematisieren insbesondere folgende Punkte:

- Ablehnung von Personen, die eine akute Suchterkrankung bzw. Doppeldiagnosen aufweisen (neun Nennungen)

- es muss eine Kostenzusage durch den/die zuständigen Leistungsträger vorliegen (acht Nennungen).

Die an der Erhebung beteiligten Werkstätten (bzw. ihre Betriebsstätten) betreuen überwiegend Männer (rd. 65 %).⁹⁹ Hinsichtlich der *Altersstruktur* der WfbM-Beschäftigten zeigt sich folgendes Bild: Die größten prozentualen Anteile entfallen auf die Altersgruppen der 30 bis 45 Jahre (rd. 33 %) sowie 45 bis 60 Jahre alten Beschäftigten (ca. 48 %). Rd. 15 % der WfbM-Beschäftigten sind zwischen 18 und 30 Jahren und ca. 4 % zwischen 60 und 65 Jahren alt.

Tab. 40: Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Beschäftigten der WfbM im Jahr 2010

Altersgruppen (n = 16)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	0,2
von 18 bis unter 30	14,4
von 30 bis unter 45	32,9
von 45 bis unter 60	48,3
von 60 bis unter 65	4,2
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 13)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	31,5
F30-F39 Affektive Störungen	11,9
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	10,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	9,8
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	9,7
F70-F79 Intelligenzstörung	9,2
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5,6
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	4,8
F80-F89 Entwicklungsstörungen	2,8
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,6
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,3
andere ICD-Einstufungen	0,3
Gesamt	100,0

In den WfbM, die speziell auf psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen ausgerichtet sind, arbeiten erwartungs- und konzeptgemäß ganz überwiegende Menschen dieser Zielgruppe (rd. 63 %). Hinzu kommen kleinere Anteile leistungsberechtigter Personen, die neben einer primären psychischen zusätzlich eine sekundäre Beeinträchtigung (geistige Behinderung und/oder Suchterkrankung) aufweisen. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung in den Werkstätten dokumentierten *ICD-Diagnosen* ergeben sich fol-

⁹⁹ Nach den beim TLVwA aus dem Jahr 2008 zu den WfbM vorliegenden Daten sind rd. 60 % der leistungsberechtigten Personen Männer und 40 % Frauen.

gende Befunde: Etwas weniger als ein Drittel der Beschäftigten (31,5 %) hat eine ICD-Einstufung F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), für jeweils rd. 12 bzw. 11 % liegt eine ICD-Einstufung nach F30-F39 (Affektive Störungen) und F60-69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) vor. Geringere prozentuale Anteile (jeweils rd. 9 %) entfallen auf Psychische Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen (F10-F19), Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99) sowie Intelligenzstörung (F70-F79).

Zehn von 23 an der Befragung beteiligten Werkstätten gaben an, dass für Leistungsrechte *Wartezeiten* entstehen, wobei Umfang und Ausmaß wie folgt beziffert wurden: In einer Werkstatt mussten eine Person eine Wartezeit von weniger als zwei Wochen in Kauf nehmen, in zwei WfbM betrug die Wartezeit für zwölf Personen zwei bis vier Wochen, in sieben Werkstätten warteten 58 Leistungsberechtigte drei bis sechs Monate und länger auf einen Platz in der Werkstatt.

Sämtliche Werkstätten haben FOGS/ceus consulting Angaben zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden mehr Teilzeit- als Vollzeitbeschäftigte in den Einrichtungen eingesetzt. Der größte Teil der WfbM-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter verfügt über eine handwerklich-technische bzw. kaufmännische Berufsausbildung (Anleiter) sowie überwiegend über eine sonderpädagogische Zusatzausbildung (Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung).

Ein Großteil der Werkstätten (19) setzt weitere (hauptamtliche) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z.B. Jahrespraktikantinnen/Jahrespraktikanten, FSJlerinnen/FSJler, Honorarkräfte, Zivildienstleistende und geringfügig Beschäftigte, allerdings jeweils im (begrenzten) Umfang, ein.

Sieben von 23 an der Befragung beteiligten Werkstätten für behinderte Menschen verfügen über ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die insbesondere in arbeitsbegleitenden Maßnahmen, der Organisation von Freizeitaktivitäten sowie der Gestaltung von Festen eingesetzt werden.

Lediglich eine WfbM weist explizit auf Probleme bei der *zukünftigen Personalrekrutierung* hin. Der überwiegende Anteil sieht für die Zukunft zwar Schwierigkeiten, hält diese aber für prinzipiell lösbar. Diese Bewertung betrifft insbesondere folgende für die Werkstätten relevante Berufsgruppen: Psychologinnen/Psychologen, Heilpädagoginnen/-pädagogen sowie Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten.

Die Werkstätten *kooperieren fallbezogen* mit einer Vielzahl von Diensten, Ämtern und Organisationen: Arbeitgebern/Betrieben, Kranken- und Rentenversicherungen, Sozial- und Gesundheitsämtern, ambulanten und stationären Wohnangeboten, SpDi, niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, Psychiatrischen Kliniken sowie (anderen) Fach-/Allgemeinkrankenhäusern. Dabei bezieht sich Zusammenarbeit vor allem auf Übergabegespräche mit anderen Diensten und Einrichtungen, schriftliche Fallübergaben, Fallgespräche und (schriftliche) Hilfeplanungen.

In der Bewertung (wichtiger) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut werden dabei die ambulanten und stationären Wohnangebote (1,8 bzw. 1,9), Beratungsstellen (1,9) und die Gesundheits- und Sozialämter (1,8 bzw. 2,0) eingeschätzt. Tendenziell kritischere Beurteilungen entfallen vor allem auf niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/-ärzte mit 2,6, Arbeitgeber/Betriebe mit 2,5 sowie Kranken- und Rentenversicherung mit 2,2.

Insgesamt zwölf von 23 Werkstätten haben *verbindliche Kooperationsabsprachen* mit anderen Institutionen getroffen. Diese beziehen sich zum einen auf Arbeitgeber/Betriebe (u.a. mit Blick auf die Auftragsbearbeitung, Bereitstellung von Außenarbeitsplätzen) so-

wie zum anderen auf die Kooperation im Rahmen von GPV. Außerdem zielen einzelne Absprachen auf die Zusammenarbeit mit Sucht- oder anderen psychosozialen Beratungsstellen.

Neben der fallbezogenen Kooperation arbeiten die WfbM auch auf *institutioneller Ebene* mit einer Vielzahl von Diensten, Einrichtungen, Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen sowie mit Ämtern zusammen. In der schriftlichen Befragung wurden vor allem folgende (*Vernetzungs-*)*Gremien* genannt: Landesarbeitsgemeinschaft der WfbM (LAG), PSAG sowie Gremien, die die GPV steuern.

Andere Ausbildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Wie bereits oben ausgeführt, nehmen seit einer Vielzahl von Jahren psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen neben den WfbM auch andere Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Anspruch. Dazu gehören u.a. Zuverdienstfirmen sowie Integrationsprojekte/-betriebe. Zugleich bilden Berufsbildungs-/Berufstrainings-/Berufsförderzentren psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in anerkannten Ausbildungsberufen aus bzw. bieten berufsvorbereitende Lehrgänge an. Außerdem werden Menschen mit Behinderung in außerbetrieblichen Einrichtungen – durch Umschulung und Weiterbildung – beruflich qualifiziert. Die nachfolgende Darstellung fasst ganz überwiegend Ergebnisse der an der Befragung beteiligten *Berufsbildungs-/Berufstrainings-/Berufsförderzentren* zusammen.

Von den neun an der Befragung beteiligten Einrichtungen haben sieben Angaben zu ihren *Platzzahlen (bzw. der Belegung)* gemacht. Insgesamt verfügen diese über 620 (Ausbildungs- und Arbeits-)Plätze (im Durchschnitt 89 Plätze), wobei die durchschnittliche Belegung der Plätze rd. 79 % beträgt (bei einer Spannweite im Minimum von 61 % und Maximum von 98 %).

Insgesamt sechs der neun Befragten weisen auf *Aufnahmebeschränkungen* hin, die sich insbesondere auf fehlende Kostenzusagen der zuständigen Leistungsträger beziehen.

In den neun Einrichtungen werden rd. 64 % Männer und 36 % Frauen ausgebildet bzw. beschäftigt. 35 % der betreuten Personen entfallen dabei auf die *Altersgruppe* der 18 bis 30 Jahre sowie ca. 29 % auf die Altersgruppe der 30 bis 45 Jahre alten Personen. Rd. ein Fünftel der Betreuten ist 45 bis 60 Jahre alt.

Tab. 41: Altersverteilung und ICD-Diagnosen der Auszubildenden sowie der Beschäftigten anderer Ausbildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Altersgruppen (n = 9)	durchschnittlich in %
von 0 bis unter 18	14,0
von 18 bis unter 30	35,0
von 30 bis unter 45	28,1
von 45 bis unter 60	22,1
von 60 bis unter 65	0,8
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 7)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	22,3
F30-F39 Affektive Störungen	17,1
F70-F79 Intelligenzstörung	15,9
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15,3
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	8,9
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5,6
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,4
F80-F89 Entwicklungsstörungen	3,9
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,2
F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,2
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,1
andere ICD-Einstufungen	2,1
Gesamt	100,0

Erwartungsgemäß werden in den an der Befragung beteiligten Einrichtungen vorwiegend Menschen mit einer *psychischen Erkrankung und seelischen Behinderung* ausgebildet und beschäftigt (rd. 71 %). Daneben nehmen vor allem Personen mit Mehrfachbehinderung (ein Sechstel der dokumentierten Klientinnen und Klienten) und geistig behinderte Menschen (rd. 9 %) diese Angebote in Anspruch. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* dominieren mit rd. einem Viertel F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sowie mit rd. 17 % Affektive Störungen (F30-F39). Mit jeweils rd. 16 % kommen noch die ICD-Einstufungen F70-F79 (Intelligenzstörung) und F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) hinzu.

Derzeit spielen *Wartezeiten* für Nutzerinnen und Nutzer, die die befragten Einrichtungen in Anspruch nehmen wollen, keine große Rolle. Allerdings betreffen die Wartezeiten, die drei Einrichtungen nennen, eine größere Zahl von Klientinnen und Klienten: Zwei bis vier Wochen müssen 33 Klientinnen bzw. Klienten in zwei Einrichtungen warten, bis sie die Angebote nutzen können, ein bis drei Monate warten 37 Klientinnen bzw. Klienten in drei Einrichtungen.

Alle neun Leistungsanbieter haben FOGS/ceus consulting in der schriftlichen Erhebung Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden überwiegend Teilzeitbeschäftigte (mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten) in den Ausbildungs- Arbeits- und Beschäftigungsangeboten eingesetzt. In den Einrichtungen werden ganz überwiegend handwerklich-technisch und kaufmännisch qualifizierte Ausbilderinnen/Ausbilder sowie Gruppenleiterinnen/Gruppenleiter (z.T. mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung) sowie Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten beschäftigt. Insgesamt acht Einrichtungen berichten davon, weitere hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z.B. FSJlerinnen/FSJler, Zivildienstleistende sowie Honorarkräfte und geringfügig Beschäftigte einzusetzen. Ehrenamtliches Engagement spielt nur eine geringe Rolle in den an der Befragung beteiligten Ausbildungs- und Beschäftigungseinrichtungen. Wenn es stattfindet, bezieht es sich vor allem auf den Sportbereich sowie auf arbeitsbegleitende Maßnahmen.

Für die Zukunft gehen drei Einrichtungen davon aus, *Probleme bei der Gewinnung (qualifizierter) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* (insbesondere hinsichtlich Erzieherinnen/Erzieher, Psychologinnen/Psychologen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter) zu haben und künftig (möglicherweise) den Bedarf nicht decken zu können.

Die befragten Einrichtungen *kooperieren* – ähnlich wie die WfbM – vor allen mit Arbeitgebern/Betrieben, Kranken- und Rentenversicherungen, Beratungsstellen, ambulanten Wohnangeboten, Psychiatrischen Kliniken sowie Werkstätten, wobei sich die Zusammenarbeit in erster Linie auf die Vermittlung und Übernahme von Klientinnen und Klienten konzentriert. Dazu werden mit den wesentlichen Kooperationspartnern (gemeinsame) Fallgespräche, (schriftliche) Hilfeplanungen und Abschlussgespräche durchgeführt. Außerdem erfolgt eine Zusammenarbeit mit Blick auf Beratung/Anleitung von Fachkräften der kooperierenden Einrichtung.

Die Bewertung der (relevanten) Kooperationspartner ist überwiegend positiv und liegt in den (Noten-)Bereichen 1,9 bis 2,3.

Analog zu den WfbM findet institutionelle Kooperation in erster Linie im Rahmen von PSAG, GPV und LAG WfbM statt.

4.4.2.4 Tagesstrukturierende Angebote

Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die nicht in der Lage sind, in einer Werkstatt oder im Rahmen alternativer Beschäftigungsformen zu arbeiten, werden im Freistaat Thüringen – wie oben dargestellt – in 36 *Tagesstätten* vorgehalten. Dort stehen Aspekte wie „Tagesstruktur“, „Stabilisierung“, „Herstellung sozialer Kontakte“ etc. im Vordergrund, während die Vorbereitung auf die spätere Teilhabe am Arbeitsleben erwartungsgemäß für jüngere Besucherinnen und Besucher eine herausgehobene Rolle spielt.¹⁰⁰ Zum Angebotsspektrum zählen – entsprechend der genannten Zielsetzungen – u.a. Gruppenangebote mit Blick auf Arbeit und Beschäftigung im kreativen Bereich, z.T. auch Selbstversorgung.

Hinsichtlich der tagesstrukturierenden Angebote konnte eine Rücklaufquote von insgesamt 77,6 % errechnet werden (versandt wurden 58 Bogen, bei einem Rücklauf von 45

100 Dies belegen z.B. Ergebnisse der jüngst im Auftrag des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz in Auftrag gegebenen Befragung von Nutzerinnen und Nutzer von Tagesstätten des Bundeslandes Rheinland-Pfalz durch die Hochschule RheinMain in Wiesbaden.

Fragebogen), wobei 33 Tagesstätten (Rücklauf: 73,3 %) sowie zwölf zielgruppen-/fach-spezifische Einrichtungen (wie z.B. Tagespflegestätten) geantwortet haben.

Nachfolgend soll nur auf die Tagesstätten vertieft eingegangen werden, da die übrigen Einrichtungen jeweils ein sehr spezifisches Angebotspektrum aufweisen.

28 von 33 Tagesstätten sehen konzeptionell *Aufnahmeregelungen/-beschränkungen* vor: Ausschlusskriterien für den Besuch der Einrichtungen sind insbesondere das Vorliegen einer (akuten) Suchterkrankung, einer geistigen Behinderung sowie Altersbegrenzungen und begrenzte Platzzahlen.

Von den 33 an der Befragung beteiligten Tagesstätten werden derzeit etwas mehr Frauen (56 %) als Männer betreut. Der überwiegende Anteil der betreuten Personen entfällt dabei – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – entweder auf die *Altersgruppen* der 45 bis unter 60 Jahre alten Personen (rd. 47 %) oder auf die 30- bis unter 45-Jährigen (ca. 21 %). Et- was mehr als ein Zehntel der Betreuten ist 18 bis unter 30 Jahre alt.

Tab. 42: *Altersverteilung und ICD-Diagnosen der betreuten Personen in Tagesstätten*

Altersgruppen (n = 29)	durchschnittlich in %
von 18 bis unter 30	11,7
von 30 bis unter 45	20,7
von 45 bis unter 60	47,4
von 60 bis unter 65	8,7
von 65 bis unter 75	7,9
von 75+	3,6
Gesamt	100,0
ICD-Einstufung (n = 27)	durchschnittlich in %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	35,3
F30-F39 Affektive Störungen	17,1
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	13,3
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Sub- stanzen	8,7
F70-F79 Intelligenzstörung	6,6
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6,2
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Stö- rungen	4,7
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Fakto- ren	3,2
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kind- heit und Jugend	2,4
F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,8
andere ICD-Einstufungen	0,7
Gesamt	100,0

Die Tagesstätten werden konzeptgemäß ganz überwiegend von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen (rd. 79 %) aufgesucht. Daneben wird noch ein etwas grö- ßerer Anteil mehrfach beeinträchtigter Menschen (fast 12 %) in den Einrichtungen be- treut. Hinsichtlich der in der schriftlichen Befragung dokumentierten *ICD-Diagnosen* tre-

ten mit rd. 35 % besonders F20-F29-Einstufungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sowie – in erheblich geringerem Umfang – mit 17 % bzw. 13 % ICD-Einstufungen nach F30-F39 (Affektive Störungen) bzw. F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) hervor.

Die (wöchentlichen) *Öffnungszeiten* der Tagesstätten stellen sich wie folgt dar: I.d.R. sind die Einrichtungen durchschnittlich von montags bis freitags von 8.00 bzw. 8.30 Uhr bis 16.00 bzw. 16.30 Uhr geöffnet. Betreuungszeiten am Samstag – stellen zumindest nach den FOGS/ceus consulting vorliegenden Angaben – eher die Ausnahme dar.

Lediglich elf von 33 Tagesstätten weisen auf *Wartezeiten* hin, wobei diese Wartezeiten nur einen sehr kleinen Teil von Klientinnen und Klienten betreffen (insgesamt wurden dazu 31 Personen dokumentiert).

30 Tagesstätten haben FOGS/ceus consulting in der schriftlichen Erhebung Daten zu ihrer *Personalausstattung und -struktur* mitgeteilt. Danach werden etwas mehr Teilzeit- als Vollzeitbeschäftigte (61 %) in den Einrichtungen eingesetzt. Die Tagesstätten weisen hinsichtlich ihrer Personalstruktur ein vielfältiges (Berufsgruppen-)Spektrum auf: Die Berufsgruppe mit dem höchsten Beschäftigtenanteil sind die Ergo- und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten, deren Anteil bei rd. 32 % liegt. Die zweitgrößte Gruppe bildet die der Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter (rd. 10 %). Daneben spielen noch Erzieherinnen/Erzieher (mit fast 9 %) und Heilerziehungspflegerinnen/-pfleger (mit 8 %) eine größere Rolle.

Lediglich neun Einrichtungen verfügen noch über weitere (hauptamtliche) Beschäftigte wie z.B. FSJlerinnen/FSJler, Zivildienstleistende, Honorarkräfte und geringfügig Beschäftigte, deren Stundenkontingente allerdings klein sind.

Immerhin ein Drittel der Tagesstätten kann – wenn auch in begrenztem Umfang – in seiner Arbeit auf ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurückgreifen. Dabei bezieht sich das freiwillige Engagement vor allem auf die Unterstützung/Begleitung von Freizeit- und Beschäftigungsangeboten sowie auf unterstützende Tätigkeiten im Alltag der Tagesstätten.

Insgesamt 19 Tagesstätten gehen davon aus, dass sie in den nächsten Jahren Probleme mit der *Personalgewinnung* haben, wobei die größten Schwierigkeiten insbesondere hinsichtlich folgender für diesen Arbeitsbereich relevanten Berufsgruppen gesehen werden: Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Erzieherinnen/Erzieher sowie Ergo und Arbeitstherapeutinnen/-therapeuten. Sechs Einrichtungen sind sogar der Auffassung, dass der Bedarf an den genannten Berufsgruppen künftig nicht gedeckt werden kann.

Die *fallbezogene Kooperation* der Tagesstätten mit anderen Diensten, Einrichtungen und Ämtern konzentriert sich derzeit vor allem auf folgende Akteure: WfbM, Sozial- und Gesundheitsämter, niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, ambulante und stationäre Wohnangebote, Beratungsstellen, SpDi und Psychiatrische Kliniken. Dazu werden mit den wichtigsten Akteuren vor allem (gemeinsame) Fallgespräche, (schriftliche) Hilfeplanungen sowie Übergabegespräche durchgeführt. Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen verfügt über *verbindliche Kooperationsvereinbarungen* mit anderen Institutionen. Diese beziehen sich überwiegend auf die Durchführung (externer) Praktika in Betrieben, Schulen etc.

In der Bewertung (wichtiger) Kooperationspartner ergibt sich folgendes Bild: Besonders gut werden (ambulante und stationäre) Wohnangebote, Beratungsstellen und WfbM (1,6 1,7, 1,9 bzw. 2,0) eingeschätzt; im Vergleich dazu erhalten u.a. die Psychiatrischen Klini-

ken sowie die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/-ärzte etwas schlechtere Noten (2,2 bzw. 2,5).

Auf kommunaler Ebene kooperieren die Tagesstätten *institutionell* überwiegend im Rahmen der PSAG sowie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

4.4.3 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur Weiterentwicklung

Im 2. Psychiatriebericht kam der Darstellung und Bewertung der komplementären *Versorgung* der Dienste und Einrichtungen im Freistaat Thüringen ein wichtiger Stellenwert zu. Abgeleitet aus der im Jahr 2000 durchgeführten Ist-Analyse wurden insbesondere folgende sich auf unterschiedliche *Versorgungsbausteine* beziehende Vorschläge entwickelt (vgl. 2. Psychiatriebericht):

- Aufgrund des damals beobachteten Übergewichts stationärer gegenüber ambulanter Versorgungsformen wurde angeregt – anknüpfend an den gesetzlich gebotenen Vorrang ambulanter Hilfeleistungen – insbesondere ambulante Wohnformen künftig erheblich auszubauen.
- Außerdem sollten keine zusätzlichen stationären (Wohn-)Heime errichtet bzw. genehmigt sowie bestehende Einrichtungen nicht vergrößert werden. In Verbindung damit sollte außerdem der rehabilitative Charakter der stationären Einrichtungen gestärkt werden.
- Des Weiteren sollten in jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis des Freistaats Thüringen Hilfen zur Tagesstrukturierung und -gestaltung (Tagesstätten) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen eingerichtet werden.
- Schließlich sollten (flächendeckend) Gemeindepsychiatrische Verbünde geschaffen und eine integrierte, ziel- und lebensorientierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Hilfeplanung zur Steuerung der Einzelfälle implementiert werden (s. dazu im Einzelnen Abschnitt 4.5).

Zur Umsetzung der genannten Handlungsempfehlungen wurde weiterhin vorgeschlagen, dass das Thüringer Ausführungsgesetz zum (damaligen) Bundessozialhilfegesetz (BSHG) dahingehend verändert werden sollte, dass die (geteilte) sachliche Zuständigkeit für die Hilfen zur Teilhabe (ambulant und stationär) an einer Stelle (örtlicher oder überörtlicher Träger der Sozialhilfe) zusammengeführt werden sollte (ehemalig § 100 BSHG).

Misst man diese, im 2. Psychiatriebericht mit Blick auf die komplementäre Versorgung entwickelten Vorschläge an der aktuellen Versorgungsrealität des Freistaats Thüringen, dann können zusammenfassend folgende Bewertungen vorgenommen werden, die eine gegenüber früher positive Entwicklung aufzeigen:

- Im Verlauf der letzten zehn Jahre konnten in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens eine auf die individuellen Bedarfe der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen zugeschnittene *gemeindenaher komplementärer Versorgungsstruktur* implementiert werden.
- Vor allem *ambulante (Wohn-)Angebote* wurden landesweit erheblich ausgebaut, sodass dem gesetzlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ verstärkt Geltung verschafft wurde.
- Im Bereich *Arbeit und Beschäftigung* konnten die Werkstätten für Menschen mit Behinderung – wie im 2. Psychiatriebericht empfohlen – entflichtet und auf die spe-

zifischen Bedarfe psychisch kranker und seelisch behinderten Menschen ausgerichtet werden. Derzeit verfügt der Freistaat Thüringen – wie oben bereits ausgeführt – über insgesamt 37 Betriebsstätten bzw. Abteilungen, die mit ihrem Angebotsspektrum speziell auf die subjektiven und objektiven Interessen und Bedarfslagen dieser Personengruppe zielen.

- Zudem kann festgestellt werden, dass in allen Kommunen *tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätten)* vorgehalten werden (s.o.).
- Schließlich wurde – u.a. angeregt durch den 2. Psychiatriebericht – im Jahr 2003 die *Kommunalisierung der Sozialhilfe* im Freistaat Thüringen umgesetzt, sodass seit diesem Zeitpunkt die Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe beim örtlichen Träger der Sozialhilfe (Kommunen) liegt.

Auch die an der schriftlichen Befragung beteiligten Leistungsanbieter sowie die Mitglieder der Workshops wiesen positiv darauf hin, dass die komplementären Versorgungsstrukturen in den Handlungsfeldern Wohnen, Arbeit/Beschäftigung und Tagesstrukturierung auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise des Freistaats Thüringen erheblich ausgebaut werden konnten. Trotz dieser seit dem 2. Psychiatriebericht erzielten erheblichen Fortschritte in der Weiterentwicklung der komplementären Versorgung wurden in den schriftlichen und mündlichen Befragungen u.a. folgende sich auf unterschiedliche Aspekte beziehenden *Schwachstellen/Verbesserungs-/Entwicklungsbedarfe* genannt:

- Nach wie vor wird von vielen Befragten ein erheblicher (zusätzlicher) Bedarf an *ambulant (Wohn-)Angeboten* gesehen, wobei die Angebote *zielgruppen- und bedarfspezifisch* weiterentwickelt werden sollten.
- Vor allem im Hinblick auf *ältere* psychisch kranke und seelisch beeinträchtigte Menschen sowie *jüngere*, verhaltensauffällige sowie z.T. drogenkonsumierende Personen wird ein erheblich wachsender Betreuungs- und Versorgungsbedarf gesehen. Vor allem für ältere, aus den Werkstätten ausscheidende Beschäftigte, müssten künftig verstärkt *tagesstrukturierende* Angebote bereitgestellt werden.
- Darüber hinaus macht eine Vielzahl von Befragten darauf aufmerksam, dass – wie im 2. Psychiatriebericht gefordert – vermehrt *alternative Arbeits- und Beschäftigungsangebote* (Integrationsbetriebe/-projekte, Zuverdienstfirmen) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen geschaffen und angemessen finanziell ausgestattet werden sollten.
- Daneben wird aus Sicht vieler Befragter ein flächendeckender Ausbau der Individuellen Hilfeplanung sowie der Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbände als sehr wichtig erachtet (s.u.).

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzungen sowie unter Einbeziehung der in Kapitel 3 beschriebenen – an die UN-Behindertenrechtskonvention angelehnten Grundsätze/Leitlinien – regen FOGS/ceus consulting für die nächsten Jahre im komplementären Versorgungssektor die Umsetzung folgender Handlungsvorschläge an:

1. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sowie des im SGB XII verankerten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollte auch in den nächsten Jahren der im Freistaat Thüringen bisher beschrittene Weg der „*Ambulantisierung*“ konsequent fortgesetzt werden. Bei der allerdings (notwendigen) *zielgruppen- und bedarfspezifischen Weiterentwicklung* (z.B. für jüngere, verhaltensauffällige und ältere psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen) ambulanter Wohnangebote sind folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

- Den psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen muss eine ihren individuellen Wünschen entsprechende Wohnform angeboten werden, in der auch eine selbstbestimmte Form der Betreuung sichergestellt ist und die ein Höchstmaß an Privatsphäre ermöglicht.
 - Hinsichtlich ihrer Wohnsituation sollten die psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen über Wahlmöglichkeiten verfügen. Neben der Art der Wohnform gehört dazu auch die Frage, mit welchen Menschen man zusammenleben will.
 - Grundsätzlich sollten alle Wohnangebote flexibel und durchlässig sein, d.h. sie müssen an alters- und lebenssituationsbedingte Veränderungswünsche der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen ausgerichtet werden.
 - Um psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen soziale Kontakte sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten, sollten zukünftig – wenn möglich – nur noch gemeindeintegrierte bzw. sozialräumlich ausgeglichene Wohnformen angeboten werden.
2. Daneben sollten die Träger der größeren stationären Wohneinrichtungen prüfen, ob und in welchem Ausmaß die in den letzten Jahren bereits begonnenen *Dezentralisierungsbemühungen* fortgesetzt werden können. Ausbau und Stärkung ambulanter Hilfen im o.g. Sinne, vor allem auch für Menschen mit höherem Hilfe- und Unterstützungsbedarf, sind die logische Konsequenz von Dezentralisierung, da sie für die Betroffenen einen deutlich höheren Grad an Selbstbestimmung ermöglichen.
 3. Die im Freistaat Thüringen tätigen Werkstattträger für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sollten prüfen, ob die bereits realisierten Beschäftigungsformen wie externe (begleitete) Praktika, wirtschaftsnahe Arbeitsplätze sowie ausgelagerte (Einzel-/Gruppen-)Arbeitsplätze *bedarfsgerecht ausgebaut* werden können, um den Übergang eines größeren Teils von Werkstatt-Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Zudem sollte – anknüpfend an Erfahrungen in anderen Bundesländern – auch die Ausweitung von Angeboten im Rahmen sonstiger Beschäftigungsstätten (i.S. des § 56 SGB XII) erfolgen.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen setzt allerdings (auch) eine stärkere Bereitschaft privater Unternehmen voraus, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen bzw. entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen. Vorhandene Bedenken oder gar Ängste auf Arbeitgeberseite (Arbeitnehmerüberlassung, besonderer Kündigungsschutz) sollten dabei gezielt angesprochen und ausgeräumt werden.

FOGS/ceus consulting regen – auch in Verbindung mit der zuletzt genannten Handlungsempfehlung – an, das (*trägerübergreifende*) *persönliche Budget* sowie die *Unterstützte Beschäftigung* stärker zu nutzen, um psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen eine angemessene, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen. Hierfür sollte die *Öffentlichkeitsarbeit* – zu den verschiedenen Teilhabeleistungen und kommunalen Angebotsstrukturen – verstärkt werden, um einerseits die Betroffenen und andererseits (potenzielle) Arbeitgeber entsprechend zu sensibilisieren.

4. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen (insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung) sollte eingehend geprüft werden, ob in den nächsten Jahren – als Alternative zu den Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten in der WfbM im Freistaat Thüringen – weitere *Integrationsbetriebe* und *Zuverdienstfirmen* geschaffen werden können. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund des zukünftig zu erwartenden steigenden Bedarfs an Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.

5. (Bedarfsgerechter) Ausbau der Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in den Kommunen des Freistaats Thüringen sowie qualitative Weiterentwicklung des Angebotsspektrums insbesondere im Hinblick auf die Arbeits- und Beschäftigungsangebote sowie mit Blick auf Übergänge zu anderen Angeboten.¹⁰¹
6. Mit Blick auf die Zielgruppe der älteren, u.a. aus den WfbM ausscheidenden, psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen sollte im Freistaat Thüringen – gemeinsam mit den Leistungsanbietern und Leistungsträgern – eingehender analysiert werden, welche *konzeptionellen Vorstellungen* künftig mit Blick auf den genannten Personenkreis bestehen. In Verbindung hiermit wäre auch zu prüfen, ob und inwieweit eine gemeinsame Nutzung bereits vorhandener Angebote (z.B. der offenen Altenhilfe) zweckmäßig ist.

4.5 Umsetzung personenzentrierter Hilfen durch Gemeindepsychiatrische Verbände sowie Implementierung eines Individuellen Hilfeplanverfahrens

Nicht nur im (teil-)stationären und ambulanten Behandlungssektor, sondern insbesondere im außer-/nachstationären, tagesstrukturierenden, beschäftigungsorientierten und Wohnbereich ist die Frage von Bedeutung, was die von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffenen Menschen längerfristig an Hilfen erhalten sollten, damit nicht nur Besserung und Linderung eintreten, sondern auch Grundsätze wie Integration, Teilhabe und Inklusion personenzentriert ihre Bedeutung entfalten können. Wesentliche Instrumentarien und Steuerungsmöglichkeiten wurden dazu im Verlauf der letzten 20 Jahre vorgeschlagen und entwickelt. Im Kern richten sich diese auf eine personenzentrierte Verknüpfung der Maßnahmen und auf deren Koordination in einem Netzwerk bzw. Verbundsystem.

Im Anschluss an die Darstellung der komplementären Angebote soll deshalb im Folgenden genauer beschrieben werden, welche Initiativen hierzu im Freistaat Thüringen seit Veröffentlichung des 2. Psychiatrieberichts ergriffen wurden bzw. werden:

Anknüpfend an die von der Aktion Psychisch Kranke (APK) angestoßenen bundesweiten Entwicklungsprozesse¹⁰² wurden im Rahmen des Projekts „Implementation personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung in Thüringen“¹⁰³ die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in *sechs (Modell-)Regionen (Stadt Gera, Landeshauptstadt Erfurt, Landkreise Altenburger Land, Saalfeld-Rudolstadt, Ilm-Kreis sowie Stadt Weimar und Landkreis Weimarer Land)* neu ausgerichtet. Dabei sollte sich der Umbau zu einem integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystem auf mehreren *Ebenen* vollziehen:

101 Vgl. Konzeption für die „Virtuelle Tagesstätte“ für psychisch kranke Menschen in Bielefeld“, Bielefeld o. J.

102 Vgl. Kruckenberg, P. u.a., Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. I., Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“, Bd. 116, Schriftenreihe des BMG, Baden-Baden 1999

103 Vgl. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Abschlussbericht zum Projekt „Implementation personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung in Thüringen, Erfurt Juni 2010.

- **Einzelfallebene**
 - eine auf der Beteiligung der Leistungsberechtigten basierende verbindliche und im Verfahren einheitliche Hilfeplanung
 - individuelle Hilfeplanung für alle in der Region lebenden hilfebedürftigen psychisch kranken Menschen
 - personen- statt einrichtungszentrierte Konzepte und Arbeitsformen
 - Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als Gesamtplan für alle erforderlichen Hilfen

- **Einrichtungsebene**
 - Flexibilisierung der Leistungen, um die Funktionen im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erfüllen

- **Steuerungsebene**
 - zunehmend aufeinander bezogene Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse
 - Schwerpunktverlagerung vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich

- **Sozialrecht und Finanzierung**
 - im Rahmen des bestehenden Sozialrechts Wege eröffnen, personenzentrierte Komplexleistungen ambulant zu realisieren
 - Förderung der Einführung trägerübergreifender persönlicher Budgets.¹⁰⁴

Zur Umsetzung der diese Ebenen betreffenden Maßnahmen wurden in den einzelnen Modellregionen neben dem Abschluss *regionaler Projektvereinbarungen* sowie der Konstituierung einer „*projektbegleitenden Arbeitsgruppe*“ vor allem folgende *Arbeitsschritte* realisiert:

1. Im ersten Schritt wurde die Hilfeplanung nach dem IBRP eingeführt.
2. Anschließend wurden Hilfeplankonferenzen (HPK) konstituiert, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Beschlüsse über die Hilfeleistungen getroffen wurden.
3. Aus der individuellen Hilfeplanung ergab sich die Notwendigkeit, Hilfeleistungen zu flexibilisieren.
4. Im letzten Projektjahr wurde die formale Verbundgestaltung vorangetrieben.
5. Während des gesamten Prozesses war der Austausch zwischen den Modellregionen von hohem Wert („Benchmarking“).¹⁰⁵

Nach Abschluss des Implementationsprojekts (im Jahr 2008) stellt sich die Situation in den *sechs Modellregionen* wie folgt dar:

Modellregion Altenburger Land

In der Anfangsphase des Projekts wurde im Altenburger Land eine integrierte Hilfeplanung auf der Grundlage des IBRP eingeführt, die auch noch aktuell angewendet wird. Pa-

¹⁰⁴ Vgl. ebenda.

¹⁰⁵ Vgl. ebenda.

parallel dazu wurde eine Hilfeplankonferenz geschaffen, deren Zusammensetzung und Arbeitsweise durch eine Geschäftsordnung (GO) geregelt ist.

Derzeit ist die formelle Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GVP) in Vorbereitung. Die Geschäftsführung des GPV soll durch die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfolgen, die gegenwärtig auch die Funktion der Psychiatriekoordinatorin wahrnimmt.

Im Projektverlauf hat sich die Akzeptanz von HPK und IBRP auch auf der Leistungsebene erhöht, da die Arbeit transparent dargestellt werden kann. Spezifische Schnittstellenprobleme zeigen sich bei der Hilfestellung zwischen Sozial- und Jugendhilfe.

Modellregion Landeshauptstadt Erfurt

Analog zur Modellregion Altenburger Land wurden auch in der Landeshauptstadt Erfurt in einem ersten Schritt ein einheitliches Hilfeplanverfahren auf Basis des IBRP sowie eine HPK implementiert. Zurzeit wird bei der Hilfebedarfsermittlung und -planung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen z.T. der IBRP, z.T. der Integrierte Teilhabeplan (ITP) verwendet¹⁰⁶. Eine Vernetzung verschiedener Leistungsträger wird weiterhin angestrebt. Gleichwohl zeigt die bisherige Praxis, dass lediglich die Krankenversicherung – neben dem örtlichen Träger der Sozialhilfe – für die von der HPK empfohlenen Maßnahmen Kosten übernimmt.

Die (formale) Gründung eines GPV für die Landeshauptstadt Erfurt soll im Rahmen der Fortschreibung des Psychiatrie- und Suchthilfeberichts 2010 abschließend geklärt werden.

Modellregion Stadt Gera

In der Stadt Gera wurden – vor allem durch verschiedene Modellprojekte des BMG angestoßen – bereits 2003 ein GPV sowie ein einheitliches Hilfeplanverfahren (mit individueller Hilfeplanung und HPK) eingeführt. Durch die Beteiligung der Stadt Gera an den Bundesmodellprojekten „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ und „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke“ sowie „EQUAL“ wurde der IBRP auch zur Grundlage des Gesamtplans gem. § 58 SGB XII gemacht. Zugleich – als Folge des Fallzahl- und Kostenanstiegs – erstellen seit April 2009 die Fallmanagerinnen und Fallmanager des örtlichen Trägers der Sozialhilfe den Gesamtplan auf der Grundlage der von den Leistungserbringern erstellten IBRP auch für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.

106 Auf der Basis vorliegender Instrumente wurde im Zuständigkeitsbereich des Landeswohlfahrtsverbands Hessen – mit externer Unterstützung (Fachhochschule Fulda - Frau Prof. Dr. Gromann) - der Integrierte Teilhabeplan (ITP) entwickelt. Mit dem Einsatz dieses Instrumentariums sind vor allem folgende Ziele verbunden: Zunächst soll es die aktive Beteiligung der leistungsberechtigten Personen bzw. ihrer gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer gewährleisten. Außerdem sollen mit Hilfe des ITP alle Lebensbereiche der behinderten Menschen, ihre aktuelle Situation, ihre Beeinträchtigungen und Fähigkeiten, die (vereinbarten) Ziele und deren Indikatoren umfassend in den Blick genommen werden. Daneben werden im Bogen Zeiteinschätzung die prospektiv geschätzten Zeiten über ein Verfahren der „doppelten Mittelung“ in Leistungsgruppen und -stufen erfasst. Zugleich soll der ITP der Überprüfung sowie der Fortschreibung und damit der Zugangs- und Verlaufssteuerung dienen. Schließlich sollen durch die standardisierte schriftlich fixierte Form der Teilhabeplanung der verwaltungstechnische Aufwand zwischen den beteiligten Institutionen verringert sowie die Qualitätsentwicklung unterstützt werden. In der 13. Sitzung der Gemeinsamen Kommission nach Landesrahmenvertrag gem. § 79 Abs. 1 SGB XII wurde am 2. Dezember 2010 beschlossen, dass im Rahmen der Einführung des ITP die kurzfristige Erprobung des Verfahrens in ausgewählten Modellregionen erfolgt.

Modellregion Ilm-Kreis

Auch im Ilm-Kreis wurde – als erstem Schritt des Modellprojekts – ein einheitliches Hilfeplanverfahren (IBRP und HPK) eingeführt, wobei die Koordination der HPK durch die Geschäftsstelle im Gesundheitsamt/SpDi erfolgt. Der Gemeindepsychiatrische Verbund wurde im November 2009 konstituiert; die Konferenz GPV trifft sich derzeit vierteljährlich, verantwortlich dafür ist eine Ärztin des Gesundheitsamts.

Modellregion Saalfeld-Rudolstadt

Ausgangspunkt des Modellprojekts in Saalfeld-Rudolstadt war die Einführung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens mit IBRP und HPK. Die Hilfeplankonferenzen werden von einem Sozialarbeiter des SpDi vorbereitet und moderiert.

In der Modellregion Saalfeld-Rudolstadt wurde der GPV im Juli 2007 gegründet. Geplant ist in den nächsten Jahren, u.a. sowohl ein regionales Psychriebudget aller Eingliederungshilfeleistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen zu ermitteln als auch alternative Formen zur Teilhabe an Arbeit für psychisch kranke und suchtkranke außerhalb der WfbM zu entwickeln.

Modellregion Stadt Weimar und Landkreis Weimarer Land

Zu Beginn des Projekts wurden – wie in den anderen Modellregionen auch – der IBRP als einheitliches Instrument zur Hilfebedarfsermittlung sowie die HPK eingeführt. Im Dezember 2009 wurde der GPV konstituiert, der lt. Geschäftsordnung einmal pro Jahr tagt. Der GPV stützt sich zur Erfüllung seiner Aufgaben auf folgende Gremien: Trägerversammlung, Steuerungsgruppe, temporäre Arbeitsgruppen und HPK.

Modellregion Saale-Holzland-Kreis

Der Saale-Holzland-Kreis hat sich 2009 den vorangegangenen Implementationsregionen angeschlossen. Auf der Grundlage einer verbindlichen Projektvereinbarung wurde ein einheitliches Hilfeplanverfahren (HPK, IBRP) eingeführt. Die HPK findet regelmäßig unter Leitung der Psychiatriekoordinatorin oder eines Vertreters des Sozialamtes statt. Für die nachhaltige Sicherung der bisherigen Projektziele ist zum Ende der Projektlaufzeit zum 31. Dezember 2011 die Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Beteiligten geplant.

Zusammenfassend: Aus Sicht der an den verschiedenen Befragungen beteiligten Akteure können mit Blick auf den Aufbau von GPV und – in Verbindung damit – der Umsetzung Individueller Hilfeplanung (Steuerung und Koordination der Hilfen) sowohl Stärken als auch weiterhin bestehende Entwicklungsbedarfe benannt werden:

- Insgesamt ist es im Verlauf der letzten zehn Jahre in vielen kommunalen Körperschaften des Freistaats Thüringen gelungen, eine *personenzentrierte Hilfeplanung* auf der Grundlage des *IBRP* zu implementieren.
- Integraler Bestandteil des (integrierten ziel- und lebensorientierten) Hilfeplanverfahrens ist dabei eine *Hilfeplankonferenz*, in der die mit dem IBRP erfassten Hilfe- und Unterstützungsbedarfe vorgestellt werden und eine Beschlussfassung über (notwendige) Hilfeleistungen erfolgt. An den HPK sind i.d.R. alle für die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen relevanten Leistungsanbieter repräsentiert. Die Einbeziehung vorrangiger Leistungsträger (wie z.B. der gesetz-

lichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeit etc.) ist allerdings bisher nur in Ausnahmefällen gelungen.

- Aus Sicht der Befragten konnten zumindest in den am „Implementationsprojekt“ beteiligten sechs Modellregionen plus Saale-Holzland-Kreis (verbindliche) *Gemeindepsychiatrische Verbände* geschaffen werden (bzw. ist deren Implementierung geplant), die die Pflichtversorgung für definierte Versorgungsgebiete bzw. -bereiche übernehmen.
- Trotz dieser durch das „Implementationsprojekt“ erzielten Erfolge wurde von vielen Befragten (auch) darauf hingewiesen, dass die Schaffung *Gemeindepsychiatrischer Verbände* auf kommunaler Ebene noch (sehr) schleppend vorangehe. Zudem sind in den Kommunen, in denen GPV eingerichtet wurden, die Vorgehensweisen und Umsetzungsstandards noch sehr unterschiedlich.
- Zugleich wird gefordert, dass die Funktion *des Psychiatriekoordinators/der Psychiatriekoordinatorin* in allen Kommunen eingerichtet und mit angemessenen Stellenanteilen ausgestattet werden soll. Auch dem *personellen Ausbau der SpDi* kommt für den Aufbau von GPV und der Koordinierung und Steuerung der Hilfeleistungen eine wichtige Rolle zu.

Ausgehend von diesen Entwicklungsbedarfen regen FOGS/ceus consulting an, *kurz- bis mittelfristig* insbesondere mit Blick auf die (*einzelfallbezogene*) *Steuerung und Koordination* sowie die Weiterentwicklung der *gemeindenahen Versorgungsstrukturen* folgende Vorschläge umzusetzen:

1. Das Land sollte darauf hinwirken, dass die durch das „Implementationsprojekt“ angestoßenen Entwicklungen fortgesetzt und in allen thüringischen Kommunen ein einheitliches personenzentriertes Hilfeplanverfahren eingeführt bzw. umgesetzt wird. Hierbei sollten die Erfahrungen aus der Erprobung und Evaluation des ITP im Freistaat Thüringen berücksichtigt werden.

Wie neuere Untersuchungen¹⁰⁷ des von Prof. Dr. Petra Gromann (Universität Fulda) entwickelten ITP (der auch im Freistaat Thüringen eingesetzt wird) und das damit verbundene Hilfeplanverfahren in Hessen zeigen, sind damit vor allem folgende *Vorteile* verbunden:

- Die Integrierte Teilhabeplanung (ITP)¹⁰⁸ sowie die Hilfeplankonferenzen (HPK) stellen im Gesamtverfahren der Teilhabeplanung die wichtigsten Instrumente und Verfahren dar; sie haben einen zentralen Stellenwert für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen.
- Der ITP eignet sich grundsätzlich zur Darstellung der Lebenssituation und des Hilfebedarfs der Leistungsberechtigten.
- Prinzipiell ist der ITP für alle Gruppen der Menschen mit Behinderung geeignet, Lebenssituation und Hilfebedarf zu erfassen.
- Der Hilfeplankonferenz kommt – trotz unterschiedlichen Umsetzung – bei der Steuerung der Eingliederungshilfe eine herausragende Bedeutung zu.¹⁰⁹

107 Vgl. ZPE Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen: Abschlussbericht zur Evaluation der Erprobung der „Personenzentrierten Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen“ (PerSEH), Siegen, Mai 2011, S. 256ff.

108 Im Rahmen des 3. Psychiatrieberichts wird die Abkürzung ITP sowohl für den gesamten Teilhabeprozess als auch für das Instrument zur Erfassung des individuellen Teilhabebedarfs verwendet.

109 Vgl. „Implementationsprojekt“, vor allem die S. 6ff. und 18ff.

2. Die in den Modellregionen des „Implementationsprojekts“ gesammelten positiven Erkenntnisse sollten von den Beteiligten – anknüpfend auch an § 5 ThürPsychKG (Planung und Koordination der Hilfen) – umfassend zur Bildung von *Gemeindepsychiatrischen Verbänden* in allen Regionen landesweit genutzt werden. Vor allem sollten folgende Bausteine bzw. Verfahrensschritte beachtet werden:
- Einführung einer einrichtungsübergreifenden Hilfeplanung
 - Bildung von Hilfeplankonferenzen, in denen sämtliche Hilfebedarfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen der Region abgestimmt werden
 - routinemäßige Benennung einer koordinierenden Bezugsperson für jede/n Hilfeempfängerin-/empfänger
 - Überwachung der Erfüllung regionaler Pflichtversorgung
 - Flexibilisierung der Hilfeleistungen
 - Bildung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds.¹¹⁰

Die Bildung der GPV sollte dabei auf der Grundlage der Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) erfolgen.

3. Eine wesentliche Voraussetzung für die personenzentrierte Koordination der Hilfeerbringung (und damit auch für die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden) sowie der Versorgungsplanung und -steuerung ist – wie auch Erfahrungen in anderen Bundesländern zeigen – die Funktion der *Psychiatriekoordination*. Insofern sollte zukünftig – in Anknüpfung an § 5 des ThürPsychKG – in allen thüringischen Kommunen eine derartige Funktion geschaffen und personell angemessen ausgestattet werden. Auch der (*personellen*) *Stärkung des SpDi* kommt ein wichtiger Stellenwert für die Umsetzung dieser Aufgaben zu.

Von den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren sollten – angelehnt an Überlegungen des TMSFG und ausgehend von der Fachdiskussion – u.a. folgende Aufgaben wahrgenommen werden:

- Planung, Steuerung und Koordination der Hilfen für psychisch kranke Menschen unter Einbeziehung relevanter Schnittstellen (u.a. der Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Seniorenhilfe)
- Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen auf der Grundlage von Bestands- und Bedarfsanalysen
- Mitarbeit an der Gesundheitsberichterstattung der Kommune
- Entwicklung bzw. Aufbau von GPV
- Koordination/Mitarbeit des/im GPV
- Koordination/Mitarbeit der/im Hilfeplankonferenz
- Mitarbeit an für die psychiatrische Versorgung relevanten Arbeitsgruppen und Projekten
- Erstellung/Fortschreibung eines kommunalen Psychiatrieplans
- Organisation und Durchführung von psychiatrierelevanten Projekten
- Organisation und Durchführung von Veranstaltungen
- Öffentlichkeits-/Lobbyarbeit für die Belange psychisch kranker Menschen.¹¹¹

110 Vgl. „Implementationsprojekt“, ebenda.

111 vgl. Vorschlag des TMSFG zur Funktion der Psychiatriekoordination sowie den einzelnen Aufgaben und Tätigkeitsbereichen der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren vom 27. Juli 2009.

5 Versorgung spezifischer Zielgruppen – spezielle Versorgungsbereiche

5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

5.1.1 Konzeptionelle Grundlagen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im engeren Sinne umfasst die Behandlung psychisch erkrankter Menschen bis zum 18. Lebensjahr (und im Einzelfall darüber hinaus) durch:

- niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten
- niedergelassene Ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten
- kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen
- kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken
- stationäre, klinische Behandlungseinrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Auch Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen machen zum Teil Angebote für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen.

Für eine problemadäquate Beschreibung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen müssen darüber hinaus in einer erweiterten Betrachtung folgende Angebote berücksichtigt werden:

- niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin unter dem Aspekt der Früherkennung, Erstintervention und frühestmöglichen Weichenstellung für eine adäquate Platzierung im Kinder- und Jugendlichen-Hilfesystem, um eine zu frühe Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsleistungen zu vermeiden.
- Sozialpädiatrische Zentren unter dem Aspekt der Früherkennung, Erstintervention und frühestmöglichen Weichenstellung bei bereits manifestierten Störungen oder Entwicklungsstörungen im Kindesalter, damit eine Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsleistungen möglichst nicht erforderlich wird.
- Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII § 35a) der örtlichen Träger der Jugendhilfe unter dem Aspekt der bestmöglichen Koordination der verschiedenen Behandlungs- und Hilfeleistungen der unterschiedlichen Leistungsträger im individuellen Fall.

Die Beschreibung der Ist-Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Freistaat Thüringen greift noch mal in Ausschnitten auf bereits dargestellte psychiatrische Behandlungsangebote zurück, um danach zu den angrenzenden Behandlungs- und Versorgungsangeboten, die in enger Beziehung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen, überzugehen.

5.1.2 Ist-Situation

5.1.2.1 Ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Im 4. Quartal 2010 finden sich im Freistaat Thüringen 14 Praxen¹¹² niedergelassener Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Die Praxen verteilen sich auf Erfurt (4), Jena (2), Weimar/Weimarer Land (4) und auf Gera, Gotha, den Saale-Holzland-Kreis sowie den Unstrut-Hainich-Kreis mit je einer Praxis. Seit dem Jahr 2000 hat sich die Zahl der Praxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie um sechs erhöht (von acht auf 14). Bezogen auf die Bevölkerung der bis 18-Jährigen kommen 20.500 Einwohnerinnen/Einwohner auf eine Praxis. Die Vergleichsrelation in Sachsen liegt bei 20.200¹¹³. Diese 14 Praxen kommen im 4. Quartal 2010 insgesamt auf knapp 6.100 Patientinnen und Patienten. Je Praxis werden im Durchschnitt 468 Patientinnen bzw. Patienten behandelt (Spannweite 181 bis 920 Patientinnen und Patienten).

Die Versorgung im niedergelassenen kinder- und jugendärztlichen Bereich wird durch spezifische sozialpsychiatrische Angebote ergänzt, die auf Basis der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung¹¹⁴ entstanden sind und von den Krankenkassen finanziert werden. In elf der 14 Praxen wird auf der Basis der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung eine qualifizierte sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als ambulante vertragsärztliche Leistung angeboten. Die Behandlung wird durch ein multiprofessionelles Praxisteam, dem neben der Fachärztin/dem Facharzt mindestens eine/ein Sozialpädagogin/-pädagoge und eine/ein Heilpädagogin/-pädagoge angehören müssen, durchgeführt. Diese Praxisteams arbeiten eng mit Personal der Fachrichtungen Psychologie, Sprachtherapie, Ergotherapie und Physiotherapie zusammen. Mit diesem Setting soll bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Behandlung als alternative Option zur stationären Behandlung oder Betreuung gestärkt werden.

5.1.2.2 Ambulante Versorgung durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Im Jahr 2010 sind im Freistaat Thüringen vier ärztliche Kinderpsychotherapeutinnen/-therapeuten und 52 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten tätig. Im Vergleich zum Jahr 2000 mit insgesamt sieben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten hat sich die Anzahl in diesem Versorgungssektor verachtfacht. Unterstellt man eine durchschnittliche Anzahl von 60,9 Behandelten pro Quartal¹¹⁵, dann wurden im 4. Quartal 2010 in den 56 Psychotherapeuten-Praxen ca. 3.410 Kinder und Jugendliche therapiert.

Aus der Analyse der Fallzahlen der „Psychotherapeuten in Thüringen“¹¹⁶ wird deutlich, dass das Fallaufkommen pro Psychotherapeutin/-therapeut sehr unterschiedlich ist – je

112 Eine von diesen 14 Praxen weist 2010 sehr geringe Fallzahlen aus (im 4. Quartal lediglich noch sechs Fälle).

113 siehe 2. Sächsischer Landespsychiatrieplan, S. 61.

114 Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpädiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Bedingungen der Vereinbarung sehen vor: Fallpauschale von 173,- € je Quartal, nur abrechenbar, wenn mindestens drei Kontakte im Quartal angefallen sind.

115 Psychotherapeutenjournal 1/2011, S. 46.

116 Quelle: KVT/KÄV vom 11. April 2011.

nach regionalem Umfeld. Ausgehend von den Zahlen des 3. Quartals 2010 liegen am unteren Ende die Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Erfurt mit durchschnittlich 51 und Jena mit 56 Fällen und am oberen Ende die in Greiz mit 88, Kreis Sonneberg mit 106 sowie im Kreis Saalfeld-Rudolstadt mit 111 Fällen.¹¹⁷

Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 2010 (Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland¹¹⁸) verweisen auf Wartezeiten auf ein Erstgespräch von (im Mittel) 9,9 Wochen und auf den Beginn einer Psychotherapie von (im Mittel) 14,2 Wochen. Diese Ergebnisse beziehen sich auf das gesamte Spektrum der Patientinnen und Patienten der Psychotherapeutinnen/-therapeuten (nicht speziell auf die behandelten Kinder und Jugendlichen).

5.1.2.3 Ambulante Versorgung durch Institutsambulanzen

Im Rahmen der Erhebung gaben im Freistaat Thüringen drei Ambulanzen explizit an, ausschließlich eine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung umzusetzen (98,7 % unter 18). Von allen behandelten Fällen waren im Schnitt 71,3 % männlichen, 28,7 % weiblichen Geschlechts.

Tab. 43: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010 (n = 3)

ICD-Einstufungen	in %
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,3
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	2,0
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1,0
F30-F39 Affektive Störungen	2,3
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,0
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,0
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,7
F70-F79 Intelligenzstörung	2,3
F80-F89 Entwicklungsstörungen	20,0
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	50,7
Andere	2,0

Die häufigsten von den Institutsambulanzen erfassten Diagnosen waren „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (50,7 %), gefolgt von „Entwicklungsstörungen“ 20 %.

5.1.2.4 Tagesklinische Behandlung

Im Jahr 2011 arbeiten im Freistaat Thüringen acht kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken (von sieben liegen Erhebungsbogen vor). In den sieben Tageskliniken wurden

117 Im Landkreis Nordhausen gibt es weder ein ambulantes ärztliches noch ein psychotherapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche, folglich sind die ausgewiesenen Fallzahlen dort null.

118 Psychotherapeutenjournal 1 /2011, S. 43-50.

2010 insgesamt 372 Patientinnen und Patienten behandelt (s. dazu auch Abschnitt 4.3.1.9).

Tab. 44: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken im Jahr 2010 (n = 7)

ICD-Einstufungen	in %
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,7
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	0,0
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2,1
F30-F39 Affektive Störungen	4,1
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13,9
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,6
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,7
F70-F79 Intelligenzstörung	2,7
F80-F89 Entwicklungsstörungen	3,0
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	70,3

Die häufigsten von den Tageskliniken im Jahr 2010 dokumentierten Diagnosen waren „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (70,3 %), gefolgt von „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (13,9 %). Alle anderen Diagnosen spielen nur eine geringe Rolle.

In den sieben Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie musste eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen.

Tab. 45: Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken im Jahr 2010 (n = 7)

	Patientinnen/Patienten
weniger als zwei Wochen	5
zwei bis vier Wochen	11
ein bis drei Monat(e)	76
drei bis sechs Monate	28
über sechs Monate	1
Gesamt	121

Insgesamt 121 Patientinnen und Patienten (fast ein Drittel) mussten auf eine Aufnahme in die Tagesklinik warten, der größte Teil davon ein bis drei Monate.

5.1.2.5 Stationäre Behandlung

Im Jahr 2010 trugen im Freistaat Thüringen sechs Fach-Abteilungen die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbehandlung, davon konnten fünf in die Auswertung einbezogen werden, ergänzt um eine kinderpsychosomatische Abteilung in Weimar (s. dazu auch Abschnitt 4.3.1.8).

Tab. 46: ICD-Diagnosen der Patientinnen und Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen im Jahr 2010 (n = 5)

ICD-Einstufungen	in %
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,3
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	1,7
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,7
F30-F39 Affektive Störungen	5,8
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	18,3
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,7
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,7
F70-F79 Intelligenzstörung	3,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1,7
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	57,2
Andere	4,8

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wurden als häufigste Diagnosen „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (mit 57,2 %) erfasst, gefolgt von „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (18,3 %) und „affektiven Störungen“ (5,8%). Alle anderen Diagnosen spielen eine geringe Rolle. (Der Anteil 4,8 % in der Rubrik „Andere“ geht auf den Einbezug der kinderpsychosomatischen Abteilung zurück: Somatische Diagnosen).

Bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen musste – wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht – ein Teil der Patientinnen und Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen.

Tab. 47: Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen im Jahr 2010 (n = 5)

	in %
weniger als zwei Wochen	11
zwei bis vier Wochen	14
ein bis drei Monat(e)	55
drei bis sechs Monate	19
über sechs Monate	1

Bei der Interpretation der dokumentierten Wartezeiten ist zu berücksichtigen, dass diese jeweils nur für einen Teil der Patientinnen und Patienten angegeben und z.T. geschätzt wurden.

5.1.2.6 Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen

In der Aufgabenwahrnehmung der SpDi spielen die Kinder- und Jugendlichen offenkundig eine geringe Rolle. In sieben SpDi wird auf die Frage nach Zielgruppen bzw. Zu-

gangskriterien explizit auf den *Personenkreis ab 18 Jahren* abgestellt. Eine explizite Nennung von Kinder- und Jugendlichen als Zielgruppe findet sich lediglich bei zwei Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen. Kinder- und Jugendliche scheinen in den Konzepten der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychosozialen Kontakt und Beratungsstellen keine wesentliche Rolle (mehr) zu spielen. Dies wird auch durch die Altersverteilung der Klientel bestätigt. Kinder und Jugendliche machen lediglich 2,6 % der Klientinnen bzw. Klienten der SpDi aus. In der Summe sind dies im Jahr 2010 zwischen 350 und 400 bei allen SpDi im Freistaat Thüringen. Bei den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, die in der schriftlichen Erhebung geantwortet haben, beträgt der Anteil der Kinder- und Jugendlichen 5,8 %.

5.1.2.7 Weitere Versorgungsbeteiligte und Leistungsträger

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Die niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die im Rahmen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen auf der Grundlage von § 26 SGB V) erste Anzeichen einer psychogenen Entwicklungsstörung erkennen können (sollten) kommt im Rahmen von Früherkennung und Erstdiagnostik von psychischen Erkrankungen eine wichtige Funktion zu. Sie können auch adäquate fachärztliche/-psychiatrische Hilfen anstoßen und koordinieren. Bei konsequenter Auslegung des Zieles der Früherkennung kommt den niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinerinnen/-medizinerinnen darüber hinaus eine wichtige Rolle bei der Erkennung von kindeswohlgefährdenden familiären Konstellationen und Belastungssituationen zu.

Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren arbeiten in Erfurt, Jena, Reifenstein und Suhl. Die Sozialpädiatrischen Zentren zielen – entsprechend ihrer Historie – auf die Untersuchung, Behandlung und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Sie haben als Zielgruppen Kinder und Jugendliche mit einer drohenden oder bereits ausgeprägten Entwicklungsstörung (auch Autismus, Epilepsie etc.). Die Patientinnen/Patienten werden multiprofessionell behandelt. So weist etwa das Sozialpädiatrische Zentrum Suhl sieben Fachgruppen aus: Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Sozialarbeit. In der Fachgruppe Psychologie werden folgende fachliche Leistungen bereitgestellt: Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik, Interaktionsdiagnostik und Interaktionsanleitung, therapeutische Gespräche für Eltern und Kinder, familientherapeutische Begleitung bei Krankheits- und Behinderungsbewältigung. Charakteristika der Sozialpädiatrischen Zentren sind Interdisziplinarität, ein hoher Anteil an psychotherapeutischen/psychosozialen und rehabilitativen Interventionen sowie die Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt.¹¹⁹

Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfeträger

Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe ist in § 35a SGB VIII angelegt: „Kinder und Jugendliche und deren Familien haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand

119 siehe Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ).

abweicht, und 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme 1. einer Ärztin/eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin/eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder 3. einer Ärztin/eines Arztes oder einer psychologischen Psychotherapeutin/eines psychologischen Psychotherapeuten, die/der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.“

Die Planungs- und Gesamtverantwortung für die Gewährung von Leistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe liegt gemäß § 85 Abs. 1 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB VIII bei den örtlichen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Die Aufgaben nehmen die örtlichen Träger im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wahr. In diesem Rahmen haben sie für die bedarfsgerechte und rechtzeitige Bereitstellung von Angeboten und Leistungen zu sorgen.

Für die Gewährung, die Art, den Umfang und die konkrete Ausgestaltung der Maßnahme ist ausschließlich der im individuellen 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.

„Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen stellen die Schnittmenge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe dar. Die Eingliederungshilfe für von einer Teilhabebeeinträchtigung betroffene oder bedrohte Kinder und Jugendliche ist sowohl in der Diagnostik als auch in der Umsetzung eine interdisziplinäre Aufgabe. Kinder- und Jugendhilfe, Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie andere Institutionen oder Professionelle müssen in diesem Aufgabenfeld zusammenarbeiten.“¹²⁰

In der Praxis überschneiden sich die Aufgabenstellungen und Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber seelisch erkrankten jungen Menschen mit denen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Überschneidungen sind insbesondere bei komplizierten Fällen, die nach Einschätzung der fachlich Verantwortlichen aus Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmen, im Alltag schwer im Sinne der bestmöglichen Lösung für die Betroffenen zu gestalten. Dazu bedarf es besonderer Anstrengungen und Vereinbarungen über die Institutionen- und Rollengrenzen der Berufsgruppen hinweg.

Von der Inanspruchnahme bzw. der Gewährung der Eingliederungshilfe nach § 35 SGB VIII sind p. a. folgende Fallzahlen zu verzeichnen:

Tab. 48: *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen § 35a SGB VIII im Freistaat Thüringen 2007 bis 2009 nach ausgewählten Merkmalen*

Jahr	Anzahl Hilfen: am Jahresende andauernd	Anzahl Hilfen: im Jahr beendet	ausgezahlter €Betrag (in TSD)
2007	290	113	8.453
2008	430	165	9.247
2009	445	229	10.797

* Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

120 Fegert/Roosen-Runge et. al.: Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der Kinder und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, in JAmt, Heft 04/2008, S. 177.

Die Fallzahlen nach § 35a SGB VIII und deren Entwicklung sind insbesondere auch bedeutsam, weil jeder Fall den Kontakt eines kommunalen Kinder- und Jugendhilfeträgers mit einer Ärztin/einem Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie (in niedergelassener Praxis oder in einer Klinik) zur Folge hat. Die fachärztliche Diagnostik gehört zu den Grundlagen für die Leistungsgewährung durch den kommunalen Kinder- und Jugendhilfeträger. Neben der teilweise mangelnden inhaltlichen Koordination der Hilfen im Sinne des Betroffenen ist insofern auch die Inanspruchnahme der (knappen) Ressourcen der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich von Verbesserungspotenzialen zu thematisieren.¹²¹

Kinderrehabilitation

Wie die Zahlen der Rentenversicherungsträger belegen, erfolgen im Freistaat Thüringen auch diesbezügliche Leistungen aufgrund psychischer (und psychosomatischer) Störungen für Thüringer Kinder und Jugendliche. In insgesamt 241 Fällen war dies im Jahr 2010 der Fall. Wenngleich hier Vergleichs- und Beurteilungsmaßstäbe fehlen, ist nach derzeitiger Erkenntnis davon auszugehen, dass sich der Bedarf hierfür voraussichtlich ausweiten könnte.

5.1.3 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung hat sich im Freistaat Thüringen seit dem 2. Psychiatriebericht im Jahr 2000 deutlich weiterentwickelt. Die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von acht auf 14 Praxen gestiegen; die der Ärztlichen Kinderpsychotherapeutinnen-/therapeuten sowie (hauptsächlich) der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten hat sich verachtfacht (von sieben auf 56) und es sind weitere Institutsambulanzen entstanden. Die bereits im Jahr 2000 bestehenden sechs Krankenhausstandorte/Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ausgebaut worden, sodass sich die Zahl der Betten von 173 (Stand 2000) auf jetzt 262 erhöht hat. Ebenso hat sich die Zahl der Tageskliniken von sechs auf acht und die Zahl der tagesklinischen Plätze von 36 auf 78 (1. Januar 2011; Nachtrag 15. Juni 2011: 87) mehr als verdoppelt.

Trotz dieser deutlichen Ausweitung der Behandlungskapazitäten ist die Versorgung in der Fläche des Freistaates teilweise noch mangelhaft und es kommt bei allen Behandlungsangeboten zum Teil zu mehrmonatigen Wartezeiten.

Maxime sollte sein, dass bei Feststellung eines spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsbedarfs spezialisierte Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglichst *wohnortnah* vorhanden und *kurzfristig zugänglich* sind. Insbesondere die Wohnortnähe und der schnelle Zugang zu spezialisierten Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in mehreren ländlichen Gebieten Thüringens aktuell nicht im nötigen Umfang gewährleistet.

Um diese Situation (kurzfristig) zu verbessern, sind verschiedene *Vorschläge* in der Diskussion, die zu prüfen sind:

- Einbindung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten in die ambulante Akut-/Notfallversorgung.

121 Zur Frage der Bezahlung/Kostenerstattung für die ärztliche Stellungnahme siehe z.B. Fegert/Roosen, S. 181.

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten sollten auch kurzfristig aufsuchbare Sprechstunden anbieten.
- Die Anzahl (und regionale Verteilung) der Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte über ein System finanzieller Anreize gesteigert bzw. beeinflusst werden (evtl. getragen oder unterstützt durch eine Stiftung).
- Der Zuschnitt der Pflichtversorgungsgebiete sollte noch einmal auf Verbesserungspotenziale überprüft werden.
- Es sollte erwogen werden, durch den Ausbau von Außenstellen der Tageskliniken und Institutsambulanzen in ländlichen, unterversorgten Regionen die dringendsten Behandlungsbedarfe „abzufangen“ um so schnell verfügbare Erstkontaktmöglichkeiten zu schaffen.

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung und Versorgung der Kinder- und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen berühren die Zusammenarbeit der verschiedenen staatlichen, kommunalen und gesellschaftlichen Institutionen, die Kinder- und Jugendliche als Zielgruppe (aus jeweils unterschiedlichen Verantwortungssträngen bzw. Leistungsverpflichtungen abgeleitet) haben. Ziel muss sein, zu einer optimalen *Vernetzung der Aufgabenwahrnehmung auf „Fallebene“* zu kommen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen Klärungsprozesse und Absprachen zwischen den institutionellen Stellen untereinander stattfinden, damit auf dieser Basis die „Arbeitsebene“ gemeinsam zum Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen schnell und bedarfsgerecht handeln kann.¹²² Eine Voraussetzung für die Verbesserung und Qualifizierung des Schnittstellenmanagements ist die Installation verbindlicher Kooperationen zwischen den beteiligten Institutionen auf örtlicher Ebene.“¹²³ Dazu ist es dringend notwendig,

- die Zusammenarbeit aller Verantwortlichen in Familie, Jugendamt, Sozialamt, Schule, Kindertagesstätte und der behandelnden Tätigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Fallebene zu installieren,
- die Kooperation aller Verantwortlichen auf Augenhöhe und in gleicher Fachsprache aufzubauen und zu pflegen,
- die von allen Beteiligten akzeptierte Maßgabe, dass eine Beschleunigung von Klärungsprozessen hinsichtlich der Zuständigkeiten im Einzelfall notwendig ist und eine Leistungsgewährung durch Zuständigkeitsauseinandersetzungen nicht hinausgezögert werden darf.

Zukünftig sollte der Freistaat Thüringen besonderen Wert auf die „*Prävention*“ krisenhafter Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter legen und so psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen möglichst vorbeugend begegnen. Auch dazu bedarf es (*zumindest*) einer institutionenübergreifenden Zusammenarbeit, z. B. in Form von:

- regionalen Arbeitsgruppen aus Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern, Jugendamt, Schulamt, Schulen etc. unter dem Motto: „Gemeinsame Verantwortung

122 Siehe dazu „Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland“ Bundearbeitsgemeinschaft er leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. et al., Juni 2009, S. 45 f.

123 Siehe dazu: das Modellprojekt „Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in vier Kommunen des Freistaats Thüringen in "Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht -" für die Jugendhilfe in Thüringen“, Thüringer Landtag, 5. Wahlperiode, Drucksache 5/18887 vom 19. November 2010, S. 65.

für die psychosoziale Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien“, in denen prioritär zu verfolgende Initiativen und Maßnahmen entwickelt werden

- gemeinsamen Qualitätszirkeln und Qualitätsindikatoren für gemeinsame Ziele.

Künftig sollten die Planungsprozesse von Angeboten für behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen des SGB XII gezielt mit den Planungen der Kinder- und Jugendhilfe abgestimmt werden. Dabei wird auch zu prüfen sein, ob und wie tatsächlich die Bedürfnisse der behinderten Kinder und deren Familien Berücksichtigung finden.¹²⁴

Abschließend sei noch auf zwei weitere Themen verwiesen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ als zukunftsrelevant benannt wurden:

Für die *Gestaltung des Übergangs von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie* sollten Maßstäbe und Bewertungskriterien entwickelt werden. Der „möglichst nahtlose Übergang“ kann hier sicherlich nicht (wenn überhaupt) das einzige Kriterium sein. Im gegebenen Einzelfall sollte eine enge Kooperation zwischen den behandelnden Fachinstanzen die Regel sein, zumal hier auch die Thematik der jungen Erwachsenen (18 bis 21/27 Jahre) hineinspielt. Entstehen in diesem Altersbereich erhebliche psychische Probleme (mit Krankheitswert) oder bestehen sie fort, so ist dies nicht selten darauf zurückzuführen, dass Krisen bei Kindern und Jugendlichen nicht aufgefangen werden konnten. Auch dies erfordert eine Kooperation von Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Besondere Beachtung ist zukünftig der Bedarfsgruppe: „*Kinder psychisch kranker Eltern*“ zu widmen.¹²⁵ Zu dieser Aufgabe enthält der „Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland“ eine Reihe von Anregungen und Vorschlägen, die die Verantwortlichen in den psychiatrischen Behandlungseinrichtungen und der Jugendhilfe aufgreifen sollten.

5.2 Gerontopsychiatrie

5.2.1 Konzeptionelle Grundlagen

Eine große (Mehr-)Zahl der Menschen erreicht heute und künftig ein hohes Lebensalter, selbstbestimmt bei guter Gesundheit bzw. mit erträglichen, altersbedingten und damit erwartbaren Einschränkungen im Lebensvollzug, die i.d.R. noch selbst überwunden werden können bzw. auf die eine sukzessive individuelle Einstellung erfolgen kann. Ein bestimmter Teil der Bevölkerung ist des Weiteren aufgrund schwerer somatischer Krankheiten oder chronischer körperlicher Beeinträchtigungen auf vorübergehende oder dauerhafte Hilfe durch Familienangehörige, Netzwerke oder Dienste angewiesen. Schließlich erfährt ein aufgrund der demografischen Entwicklung auch wachsender Teil der Bevölke-

124 Siehe dazu ausführlich: Folgerungen aus dem "Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht -" für die Jugendhilfe in Thüringen“, Thüringer Landtag, 5. Wahlperiode, Drucksache 5/18887 vom 19. November 2010, S. 40.

125 „Untersuchungen zeigen, dass psychisch kranken Eltern Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Kinder oftmals nicht bekannt oder auf Grund von Ängsten bei den Eltern sehr ambivalent besetzt sind. Insbesondere bestehen die Vorbehalte gegenüber der Jugendhilfe dahingehend, dass die Eltern z. B. den Verlust des Sorgerechts befürchten. Um diese Ängste den Eltern zu nehmen, ist es wichtig, dass auch seitens der Erwachsenenpsychiatrie die Jugendhilfe tatsächlich als Partner erkannt wird und für die Angebote und die flankierenden Möglichkeiten von Jugendhilfe wirbt, um diese Vorbehalte der Eltern abzubauen und dadurch auch positive Effekte für deren Heilungsprozess zu schaffen.“ a.a.O., S. 42.

rung (Zahlen dazu wurden im Kapitel 2 benannt) zunehmende Einschränkungen auf psychischer und geistiger Ebene bis hin zu psychischen Erkrankungen (z.B. wahnhaftige Störungen) oder bedingt durch hirnorganische Veränderungen z.B. nach dem Alzheimer-Typus. Und nicht zuletzt werden auch im früheren Leben, in jüngeren Lebensaltersstufen von (chronischer) psychischer Erkrankung betroffene Menschen älter. Insbesondere die beiden letztgenannten Gruppen bedürfen dauerhaft der Behandlung, Pflege und Unterstützung, auch wegen ihrer eingeschränkten oder nicht mehr vorhandenen Orientierungsfähigkeit.

Es gibt jedoch keine durchgängigen, eindeutigen Festlegungen, wer oder welche Institution sich ausschließlich mit älter werdenden psychisch kranken Menschen oder im Alter psychisch krank werdenden Menschen zu beschäftigen hat. Auch die Bundesländer weisen derzeit unterschiedliche Lösungen diesbezüglich auf, z.B. allein hinsichtlich der deutlich pro Land unterschiedlichen Anzahl geriatrischer Abteilungen an Kliniken oder hinsichtlich des krankenhauplanerischen Ausweises von gerontopsychiatrischen Abteilungen. Die Ursache hierfür ist vielfältiger Natur, sie hängt einerseits damit zusammen, dass im Alter fortbestehende oder dort erst entstehende psychische Erkrankungen nicht selten mit somatischen Erkrankungen und Störungen eng verknüpft sind, so dass zunächst oder dauerhaft auch (haus-)ärztliche, internistische, geriatrische Kompetenz gefragt ist. Andererseits ist im Fall des Falles nicht immer klar, wem die Initiativefunktion zukommt: der Seniorenhilfe, der somatischen Medizin, der Psychiatrie - vorausgesetzt, Betroffene, Familien, Angehörige, Nachbarschaft u.a. suchen und finden jeweils auch den „richtigen“ Weg oder wollen ihn überhaupt suchen (z.B. wegen der Sorge darum, einen lebenslang vertrauten Menschen ggf. langfristig einer Institution zu überantworten).

Die Abhandlung dieses Themenfelds unter der Überschrift „Gerontopsychiatrie“ bedeutet nun nicht, dass damit aber bereits eine Festlegung getroffen ist, wie die Versorgung hier künftig zu gestalten ist, wenngleich unstrittig sein dürfte, dass der Psychiatrie hier ein Vorrang jetzt und künftig zukommen muss hinsichtlich fachlicher Zuständigkeit und Einbindung. Es geht hier vor allem darum, aufzuzeigen, wie sich die *Versorgung psychisch kranker Menschen im Alter oder aufgrund von Alter* aktuell darstellt, wie sie diese im Rahmen der erfassten Einrichtungen und Dienste abbildet, welche Problemstellungen und schnittstellenbezogene Fragen sich aus Expertensicht ergeben.

Erläuternd und abgrenzend muss einleitend auch darauf hingewiesen werden, dass die *Begrifflichkeit*: „Gerontopsychiatrie“ hier sowohl älter werdende psychisch kranke als auch im höheren Alter psychisch krank werdende Menschen umfasst bzw. umfassen soll. Denn gelegentlich wird in diesem Zusammenhang auch weiter differenzierend zwischen der Versorgung „alt gewordener psychisch Kranker“, „im höheren Lebensalter psychisch Erkrankter“, „demenziell Erkrankter“ unterschieden. Da jedoch weder der 2. Psychiatriebericht, noch z.B. die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., noch z.B. der „Bericht der Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Psychiatrie in Deutschland“ aus dem Jahr 2007 diese weitergehende Differenzierung verwenden, soll auch hier einheitlich der Begriff Gerontopsychiatrie verwendet werden, ebenso wird auf Begriffsverwendungen wie z.B. Psychogeriatric verzichtet.

Betrachtet man des Weiteren die Versorgungsgegebenheiten, so ist außerdem festzuhalten, dass die *Gerontopsychiatrie sich nicht bereits als ein abgegrenztes Versorgungssystem darstellt*. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. zielt der gerontopsychiatrische Ansatz eher auf die „Eröffnung einer Sichtweise, die den psychisch kranken alten Menschen in der Gesamtheit seiner biologischen, psychischen und sozialen Bezüge erfasst“.¹²⁶ Und „Gerontopsychiatrie“ unter-

126 Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGPP), 2007 (Positionspapier).

scheidet sich schließlich strukturell in mehrfacher Hinsicht von anderen Bereichen (z.B. von der Kinder- und Jugendpsychiatrie), insbesondere durch folgende in diesem Kontext bedeutsame Merkmale:

- Gerontopsychiatrie ist kein (Teil-)Gebiet der Ärztlichen Weiterbildungsordnung.
- Sie wird weder im Freistaat Thüringen noch durchgängig in anderen Bundesländern als eigene Fachabteilung krankenhauplanerisch geführt, sondern ist damit Teil der (Erwachsenen-)Psychiatrie.
- Es gibt keinen vorab definierten Weg, den der gerontopsychiatrisch erkrankte Mensch sozusagen „regelhaft“ gehen kann (sofern nicht alleinstehend, was den Weg noch ungleich schwieriger macht). Aktuell sehen sich die Betroffenen einer Vielfalt von Kontexten gegenüber, die in ganz unterschiedlicher Intensität Unterstützung, Hilfe, Behandlung oder Betreuung bieten – oder auch (noch) nicht bieten: Partner/ Partnerin, Familie oder ggf. Nachbarschaftsnetzwerk, ambulanten Sektor (Ärztinnen/Ärzte, ambulante Pflege), Ämter, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser (Innere, Geriatrie, Chirurgie) und auch Tageskliniken, tagesstrukturierende Angebote, Heime usw.

Es ist deshalb an dieser Stelle wichtig, zugunsten der thematischen Ein- und Abgrenzung darauf hinzuweisen, dass die hier vorgelegten Grundlagen zum 3. Psychiatriebericht und die dazu Mitte 2011 durchgeführten Erhebungen und Befragungen weder vom Auftrag des TMSFG noch vom Fokus her auf die Untersuchung der Gesamtversorgung der betroffenen älteren Bevölkerung abheben, denn dazu wären Einrichtungen der Altenhilfe, Allgemeinkrankenhäuser, niedergelassene Allgemeinärzte, Pflegestützpunkte, Seniorentagesstätten u.a.m. zu untersuchen, abgesehen von erforderlichen Befragungen von betreuenden und pflegenden Angehörigen und Familien. Im Fokus steht hier und zum Zweck eines „Psychiatrie“-Berichts, in welcher Weise die i.e.S. *psychiatrischen* Facheinrichtungen zur Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen beitragen und welche Probleme an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen dabei existieren bzw. welche Lösungsvorschläge aus dieser Sicht genannt werden. *Darauf* richten sich die Erhebungen und Befragungen; folglich ist nicht die Bewertung etwa des Systems der Seniorenhilfe oder der Pflegegesetzgebung als solches Gegenstand, sondern diese nimmt ihren Ausgangspunkt im psychiatrischen Versorgungssystem. Natürlich hängt der Erfolg einer gerontopsychiatrisch ausgerichteten Behandlung davon ab, wie gut die Schnittstellen zu angrenzenden Versorgungsbereichen organisiert sind. So hält u.a. die DGGPP fest: „Die Gerontopsychiatrie arbeitet integrativ mit der Allgemeinpsychiatrie zusammen (...) Die allgemeine Altenhilfe, die Geriatrie und die Gerontopsychiatrie berühren sich in allen Arbeitsbereichen“.¹²⁷ Damit wird zugleich unterstrichen, dass die Funktionalität einer gerontopsychiatrischen Versorgung wesentlich von gelingender Kooperation, Vernetzung, Interdisziplinarität und Integration abhängt; *dazu* sind folglich Ergebnisse und Bewertungen sowie Vorschläge zu benennen.

5.2.2 Ist-Situation

Zunächst ist anzumerken, dass trotz einer wachsenden Zahl betroffener älterer Bürgerinnen und Bürger rein zahlenmäßig betrachtet nur ein kleiner Teil der psychiatrischen Fachabteilungen unter der Bezeichnung „gerontopsychiatrisch“ rubriziert. So bezeichneten sich im Zuge der Erhebungen im klinisch-stationären/teilstationären Sektor nur zwei

127 DGGPP 2007, Positionspapier.

Abteilungen und eine Tagesklinik in Thüringen als explizit „gerontopsychiatrisch“. Unterhalb der Abteilungsebene sind allerdings mehrere „gerontopsychiatrische Stationen“ o.ä. als abteilungsintegrierte Behandlungsbereiche auffindbar. Damit wird jedoch kein Defizit markiert, sondern dies belegt zunächst nur, dass ein eigenständiger gerontopsychiatrischer Versorgungsbereich z.B. krankenhausplanerisch nicht abgegrenzt ist. Des Weiteren unterstreicht auch dies, dass die Betreuungs- und Versorgungsleistungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen auf unterschiedlichem Wege erbracht werden. Zu der Frage, welchen Weg das „Design“ einer gerontopsychiatrischen Versorgung im Bundesgebiet und im Freistaat Thüringen angesichts der demografischen Entwicklung schließlich nehmen muss und wer sich daran wie beteiligt, ist noch keine abschließende Antwort gegeben. Von daher soll die Situation insoweit kurz beschrieben werden, wer heute überhaupt institutionell¹²⁸ – im Kontext „Psychiatrie“ – auf diesem Gebiet tätig wird:

Ambulanter Bereich:

Einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung älterer (psychisch) kranker Menschen leistet der *niedergelassene ärztliche Bereich*.

Für den somatischen Bereich liegen spezifische Daten dazu nicht vor, es ist jedoch belegt, dass in den Praxen je nach Fachgebiet 20 % bis 40 % der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre alt sind.¹²⁹ Eine weitere Studie zeigt, dass vor allem in Landkreisen die Patientinnen und Patienten im hausärztlichen Bereich in Anteilen von 31 % bis 35 % älter als 63 Jahre sind.¹³⁰

Im gegebenen Kontext stellt sich allerdings das Problem der diagnostischen Eingrenzung psychischer Erkrankungen. Die bspw. allgemein-/hausärztliche Steuerung kann nur effektiv sein, wenn dort die Störungen den wirklichen Ursachen zugeschrieben werden können, was u.a. entsprechende fachliche Fortbildung voraussetzt. Es sei vorweg genommen, dass im Rahmen der Erhebungen und Befragungen deshalb nicht wenige Antworten und Vorschläge darauf zielten, dass die einschlägige diagnostische Kompetenz insbesondere im allgemein-/hausärztlichen Bereich auszuweiten sei, um die Beratungs- und Steuerungsfunktion dort zu stärken.

Von den Fachpraxen tragen insbesondere die niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen/-ärzte, d.h. die Nervenärzte und die Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie zur Versorgung bei, sie sind die fachlich erste Anlauf- und Behandlungsstelle im niedergelassenen Bereich. Im Umfang weniger gilt dies für die niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, deren Schwerpunkt i.d.R. deutlich in den Altersgruppen unter 65 Jahren liegt. Eine Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland zeigt, dass die Anteile der dort behandelten über 61-jährigen Patientinnen bei 9,2 %, die der Patienten bei 7,7 % liegen, dies entspricht hochgerechnet nur ca. einem Fünftel bis einem Viertel der in anderen Praxen behandelten älteren Patientinnen/Patienten.¹³¹

128 Es sei angemerkt, dass nach allen vorliegenden Erkenntnissen die überwiegende Hauptleistung der Versorgung älterer und insbesondere psychisch, demenziell erkrankter Menschen nach wie vor im individuell-privaten Raum durch Familien und Angehörige erbracht wird. Hier geht es jedoch um die Frage, welche „Institutionen“ auf diesem Gebiet tätig sind.

129 Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, 2009; dort wurde u.a. die vertragsärztliche Versorgung in Thüringen analysiert.

130 Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2011.

131 Vgl. Walendzik u.a., 2011.

Für die in die Erhebung einbezogenen *ambulanten Einrichtungen* und die *Selbsthilfe* gehen die *Anteile der über 65-Jährigen* aus der nachfolgenden Tabelle hervor.

Tab. 49: Anteil der über 65-Jährigen in ambulanten psychiatrischen Facheinrichtungen und in der Selbsthilfe im Jahr 2010

ambulante psychiatrische Facheinrichtungen	in %
Psychiatrische Institutsambulanz	
Allgemeinpsychiatrie	24,1
Ambulanz mit gemischten Aufgaben	15,7
Sozialpsychiatrische Dienste	13,2
Kontakt- und Beratungsstellen (allgemein)	9,3
Selbsthilfegruppen	
Betroffene	13,2
Angehörige	38,6
Kontaktbüros etc. mit Schwerpunkt Selbsthilfe	24,5

Zur Bewertung der Zahlen soll herangezogen werden, ob die berichteten Prozentanteile über oder unter dem Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen im Freistaat Thüringen liegen, dieser Anteil beträgt mit Stand 2010 23,2 %. Daraus lässt sich nun ablesen, dass sich zwar alle ambulant tätigen Organisationen in den berichteten Anteilen den einschlägigen Problemstellungen der älteren Bürgerinnen und Bürger zuwenden, dass dies jedoch proportional bezogen auf deren Bevölkerungsanteil nur bei den allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanzen, bei den Angehörigengruppen und bei Kontaktbüros der Selbsthilfe der Fall ist. Anzumerken ist, dass diese Anteile an behandelten/betreuten über 65-Jährigen diejenigen in den ärztlichen Praxen nicht (durchgängig) übersteigen.

Stationärer/teilstationärer Bereich:

Bei den befragten Fachabteilungen und Tageskliniken verteilen sich die Anteile der über 65-jährigen Klientinnen und Klienten (erwartungsgemäß) wie folgt:

Tab. 50: Anteil der über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Fachabteilungen und Tageskliniken im Jahr 2010

Psychiatrische Fachabteilungen/Tageskliniken	in %
Fachabteilungen	
Allgemeinpsychiatrie	11,8
Gerontopsychiatrie	83,5
Psychosomatik	7,0
Sucht	2,5
Abt. mit gemischten Aufgaben	18,8
Tageskliniken	
Allgemeinpsychiatrie	1,8
Gerontopsychiatrie	88,0
TK mit gemischten Aufgaben	5,6

Qualifiziert man dieses Ergebnis, so zeigt sich weder im stationären noch im teilstationären Bereich, dass mit Ausnahme der expliziten Facheinrichtungen der höher- und hochaltrige Bevölkerungsteil gemessen an seinem Anteil an der Gesamtbevölkerung (23,2 %) vertreten ist. Das Bild dreht sich auch nicht, wenn man zur Kontrolle die InEK-Daten heranzieht: Von allen im Jahr 2010 in allen psychiatrischen Kliniken Behandelten waren 21,2 % 66 Jahre und älter, in den psychiatrischen Tageskliniken 7,0 %.¹³² D.h. dass davon auszugehen ist, dass die stationäre Versorgung auch in Allgemeinkrankenhäusern und geriatrischen Kliniken erfolgt, wobei anzunehmen ist, dass dazu die Kooperation mit den Facheinrichtungen auf Konsiliarbasis erfolgt.

Komplementärer Bereich: Zunächst sei darauf verwiesen, dass – ähnlich wie im ambulanten Sektor – den Hausärztinnen/den Hausärzten bzw. den Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzten und den psychiatrischen Fachpraxen im komplementären Bereich ein erheblicher Teil der Versorgung älterer und insbesondere hochaltriger Bürgerinnen und Bürger in den Senioreneinrichtungen (Tagesstätten, ambulante Pflege, Seniorenwohnheime) obliegt. Für den Freistaat Thüringen wurden zum Jahresende 2009 insgesamt 338 Heimeinrichtungen und 76.967 Pflegebedürftige gezählt, davon 34,1 % mit Pflegestufe II und 12,5 % mit Pflegestufe III.¹³³ Es wird davon ausgegangen, dass gerade in diesen Pflegestufen die Einschränkungen aufgrund organisch und psychisch bedingter Störungen überproportional sind, sodass hier den allgemeinen Senioreneinrichtungen eine erhebliche Versorgungsleistung zufällt, die die Frage nach entsprechender Kompetenz und Kooperation mit Facheinrichtungen zwingend nach sich zieht.

Hier sei zunächst der Frage weiter nachgegangen, inwieweit der psychiatrische Bereich i.e.S. Leistungen für betroffene ältere Bürgerinnen und Bürger erbringt. Für den komplementären Bereich können folgende Angaben zum Anteil der über 65-jährigen Betreuten gemacht werden:

132 Vgl. InEK 2011.

133 Vgl. Statistisches Landesamt Thüringen 2011.

Tab. 51: Anteil der über 65-jährigen betreuten Personen in komplementären Einrichtungen im Jahr 2010

	in %
Ambulant Betreutes Wohnen	5,6
Wohnheime	11,6
Wohn- und Pflegeheime	41,7
Wohn-/Übergangsheime	5,4
Werkstatt für behinderte Menschen	0,0
Tagesstätten	11,5

Damit zeigt sich, dass die Facheinrichtungen – mit Ausnahme der explizit gerontopsychiatrisch ausgerichteten und der Wohn- und Pflegeheime – ihre Schwerpunkte bei der Betreuung der Altersgruppen unter 65 Jahren haben.

Fazit: Nimmt man nur als ein Indiz den Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Verbindung mit der (epidemiologisch gestützten) Erkenntnis, dass psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter in etwa so häufig angenommen werden wie in der Gesamtbevölkerung, dann scheint sich daraus zunächst eine gewisse „Unter-Inanspruchnahme“ der Facheinrichtungen ablesen zu lassen. Ursachen hierfür sind allerdings vielfältiger Natur: Allmählicher Rückzug aus dem Alltagsleben, zunehmendes Alleinleben, mangelnde Nutzungsmöglichkeiten von Verkehr, Mobilität etc., aber ggf. auch fehlende Möglichkeiten zu aufsuchender Hilfe, wenn es dafür Anlässe oder Anzeichen gibt. Die „Unter-Inanspruchnahme“ kann aber ihre Ursache im positiven Sinn auch darin haben, dass in Thüringen Haushalts- und Familienstrukturen gegeben sind, die Betreuungsleistungen dort (noch) in höherem Maße ermöglichen. Ein Indiz dafür ist, dass der Anteil an Mehrpersonenhaushalten an allen Privathaushalten im Freistaat Thüringen mit 62,0 % etwas höher liegt als im Bundesgebiet (59.8 %).¹³⁴

Stärken und Schwächen speziell der gerontopsychiatrischen Versorgung – Ergebnisse der Erhebungen und die Sicht der Befragten:

Die Angaben zu den Stärken und Schwächen explizit der gerontopsychiatrischen Versorgung in den Fragebögen waren vergleichsweise spärlich, es kann jedoch angenommen werden, dass die Aussagen zur Versorgung psychisch kranker Erwachsener auch für die betroffenen Höher- und Höchstaltrigen gelten (sollen): Aus dem stationären allgemeinpsychiatrischen Bereich wird darauf verwiesen, dass vor allem die Kooperation mit den Facheinrichtungen zu vertiefen sei und das Verhältnis Gerontopsychiatrie zu Geriatrie der Klärung bedarf, z.B. hinsichtlich der Fragen, wann und wer wie zuständig sein soll.

Aufgrund der schmalen Antwortbasis generell sollen jedoch die Aussagen von den Fachkliniken und der Tagesklinik für Gerontopsychiatrie im Original zusammengefasst wiedergegeben werden:

- Stärken: „Stadt XX ist eine gut versorgte Region im Vergleich zu anderen Regionen in Thüringen. Relativ enge und kurzwegige Zusammenarbeit mit den Heimen – z.B. Mitversorgung durch PIA gemeinsam mit den Hausärztinnen/-ärzten – gute Rückmeldungen beidseitig. Niedrigschwellig, flexibel, dezentral (nicht auf dem Klinikgelände)“.

134 Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2011, Wiesbaden 2011, S. 46.

- Schwächen: „Für schwer gestörte Patientinnen und Patienten keine geschlossene Unterbringung im Bereich möglich; Seniorenangebote auf dem Lande zu gering; lange Wartezeiten auf Plätze in Tagesstätten“.
- *Verbesserungsvorschläge und Schwerpunkte künftig:* “Versorgungseinheiten mit fließenden Übergängen, Betreute Wohnformen – Tagesbetreuung – Pflegeheime mit Demenzbereich; ländliche Wohngruppen für Demenzerkrankte; Zulassung eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes; niedrighschwellige Angebote für Seniorinnen und Senioren sowie Demente; geschlossene Einrichtungen für schwerstgestörte Demenzerkrankte; mehr Kleingruppen und Wohngruppen in verschiedenem Niveau für Demenzerkrankte (ländliches Umfeld oder mit kulturellen Angeboten); Tageskliniken nehmen z.T. Patientinnen und Patienten in Krisen auf, die prinzipiell auch ambulant behandelt werden könnten, aber keine Therapeutinnen und Therapeuten finden; Abschaffung der Geriatrie und Vergrößerung der Gerontopsychiatrie; Verbesserung des ambulanten einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angebots“.

5.2.3 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge

Betrachtet man die Situation seit dem 2. Psychiatriebericht, so haben sich in den letzten zehn Jahren Verbesserungen ergeben: Behandlungs- und Betreuungs-Angebote haben quantitativ betrachtet zugenommen, damit hat sich auch prinzipiell und anteilig die Möglichkeit für über 65-jährige psychisch kranke Menschen erhöht, Behandlung, Hilfe und Unterstützung zu finden, jedoch findet dies weiterhin eher noch nicht proportional zu deren Anteil an der Gesamtbevölkerung – als ein Maßstab – statt.

Folglich wird Optimierungsbedarf gesehen; einige der vor über zehn Jahren im 2. Psychiatriebericht gegebenen Hinweise und Empfehlungen dazu wurden auch im Workshop zur Gerontopsychiatrie am 31. Mai 2011 als noch im Wesentlichen fortgeltend angesehen, so z.B. dass die Ressourcen im ambulanten Bereich, insbesondere bei den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Psychiatrischen Kontakt- und Beratungsstellen weiterhin noch nicht hinreichend seien, um sich dieser Zielgruppe verstärkt widmen zu können; dass noch weitere tagesstrukturierende und auch Angehörige entlastende Angebote fehlen; dass gerontopsychiatrische Kompetenzen in Pflegediensten und Heimen noch zu vertiefen wären; dass die Zusammenarbeit auf der Ebene der Leistungsträger und Planungsinstanzen noch zu optimieren sei u.a.m.¹³⁵

Allerdings ist relativierend festzuhalten, dass bei der Lösung dieser Problemstellungen nicht nur der Freistaat Thüringen, sondern die gesamte Gesellschaft vor sehr schwierigen Hürden steht, die nicht einfach z.B. mit dem Bau von weiteren Einrichtungen zu überwinden sind, abgesehen von damit verknüpften finanziellen Fragen; zugleich gibt es nicht bereits „die“ Lösung. Auf diesem Hintergrund bestand Konsens darin, dass zusätzlich zu den Erhebungen ein Workshop auch zur Gerontopsychiatrie stattfinden muss, in dem aus Expertinnen- und Expertensicht sowohl Problemstellungen herausgearbeitet als auch Lösungsvorschläge zur Gerontopsychiatrie und zu Schnittstellenthemen entwickelt werden. Folgende (gebündelten) Handlungsvorschläge wurden aus Expertensicht im Workshop Gerontopsychiatrie vorgebracht:

¹³⁵ 2. Psychiatriebericht, dort diverse Stellen und Ausführungen zur Thematik Gerontopsychiatrie.

Zum Ambulanten Sektor:

- „Ausbau der Beratung bei den Kommunen, den Pflegekassen, in den Pflegestützpunkten.
- Platzierung der Pflegestützpunkte in den „hot spots“; Pflegestützpunkte für gute Beratung und Begleitung nutzen¹³⁶; Ausbau der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege.
- Institutsambulanzen sollen umfangreicher als jetzt in die Versorgung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten integriert werden“.

Vorschläge insbesondere zum niedergelassenen Bereich:

- „Pflicht(halb)jahr Psychiatrie/Gerontopsychiatrie im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin; Qualifizierung der (Haus-) Ärztinnen und Ärzte für die Gerontopsychiatrie.
- Schaffung von gerontopsychiatrischen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Hausärzteschaft in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer; Schaffung der Möglichkeit der Teilnahme daran aus der Praxis heraus.
- Bei den schwerst betroffenen Gruppen geht es häufig um Demenzerkrankungen, wieder gehäuft auftretende Depressionen, delirante Zustände und Verhaltensauffälligkeiten – mit unterschiedlicher Genese und oft begleitet von somatischen Erkrankungen. Hier wird die Hausärztin/der Hausarzt als häufige und geeignete Anlaufstelle gesehen, erforderlich ist jedoch die enge Kooperation mit der Psychiatrie, um neben den somatischen Problemen auch die psychiatrischen in entsprechende Bahnen lenken zu können. Daraus folgen zum einen Information (auch der Angehörigen), aber auch Weiterbildung und Koordination sowie Vernetzungs- und Steuerungsarbeit, diese Aufgaben bilden sich im KV-Bereich noch nicht zureichend ab“.

Stationärer Sektor:

- „Vorhalten qualifiziert zugeschnittener Angebote im stationären Bereich; eigene gerontopsychiatrische Abteilung in den psychiatrischen Abteilungen bzw. Psychiatrien.
- Überleitungskonzept stationäre – ambulante Versorgung entwickeln; Ausbau von Tageskliniken für gerontopsychiatrisch Erkrankte.
- Die Betroffenen sollten nicht unnötig lang „verwahren“; eine bessere Vernetzung mit ambulanten Hilfen ist erforderlich; es sollte präventiv gearbeitet werden.
- Aufnahme der Gerontopsychiatrie als spezifisches Cluster in die Krankenhausplanung“.

Komplementärer Sektor

- „Sozialräumliche Planung der Angebote (Synergieeffekte mit anderen Behindertenhilfeeinrichtungen).

136 Zu den Pflegestützpunkten, die im Freistaat Thüringen bereits existieren, s.u.

- Verzahnung von SGB XI und SGB IX und XII; leichter Zugang ohne Finanzierungshürden/Anträge etc.
- Schaffung weiterer Angebote für Demenzkranke; Nutzung niedrigschwelliger Angebote; Ausbau der Heime, welche auf Demenzkranke ausgerichtet sind.
- Personenzentrierter Ausbau von tagesstrukturierenden Angeboten, z.B. Tagesstätten, Begegnungstätten; Umfassende, auch nachgehende Fürsorge und Tagesbetreuung.
- Bessere Ausbildung und Schulung der Mitarbeiterschaft in Heimen“.

Vorschläge zugunsten Vernetzung und übergreifende Themen zur Gerontopsychiatrie

- „Bildung sozialpsychiatrischer Verbände, regionaler Konferenzen, Runder Tisch.
- Fachübergreifende Hilfeplankonferenzen (auch kostenträgerübergreifend)
- Verzahnung/Kommunikation der einzelnen Angebote, keine strikte Abgrenzung, sondern gemeinsam für den Menschen Angebote/Hilfen schaffen.
- Mehr Information und Sensibilisierung von Bevölkerung, Politik, Fachkräften zwecks „Ausbau“ ambulanter, zwischenmenschlicher Hilfen – Rückkehr zu „Werten“; Fokus auf „Daheim statt Heim“.
- Würdevoller, altersentsprechender Umgang; personenzentriert bzw. individuelle Bedürfnisse beachten; Stärken beachten; weg vom defizitorientierten Denken.“

Diese Vorschläge aus Expertensicht liegen auf unterschiedlichen Ebenen, zugleich sind weiterreichende Aufgabenstellungen formuliert, die in den nächsten Jahren sukzessive aufzugreifen sind.

Dennoch kann bereits auf diverse Entwicklungen und Fortschritte aufgebaut werden (s.u.). In jedem Fall besteht Konsens in wichtigen Punkten, so z.B. dass die Versorgung und Steuerung auf (haus- und fach-)ärztlicher Ebene deutlicher in den Vordergrund zu stellen sei. Empfohlen wird dazu, auf Landesebene mit Landesärztekammer und KV zu erörtern, wie gerontopsychiatrischen Erkrankungen und der Demenz im niedergelassenen Bereich aktuell begegnet, wo dort die hauptsächlichen Probleme gesehen werden und wie ihnen in einer ggf. gemeinsamen Aktion begegnet werden kann. Des Weiteren sollte die institutionelle Kooperation und patientenbezogene Zusammenarbeit zwischen den somatischen Kliniken und der internistisch-geriatrischen einerseits sowie den psychiatrischen Kliniken und der gerontopsychiatrischen Kompetenz andererseits vertiefter Diskussion und Analyse wert sein. Schließlich ist die Qualifizierung der komplementären Einrichtungen für detaillierte Fragestellungen der Gerontopsychiatrie weiter zu fördern – um nur einige wichtige Punkte zu unterstreichen.

Bei der Betrachtung und Diskussion der o.g. Handlungsvorschläge darf wie erwähnt nicht außer Acht gelassen werden, dass in den letzten Jahren bereits wesentliche Schritte zur Optimierung unternommen wurden. So hat das *Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (vom 1. Juli 2008)* dazu beigetragen, dass folgende Effekte z.T. bereits eintreten bzw. zu erwarten sind, u.a.:

- Setzung von Anreizen für den Ausbau der ambulanten bzw. häuslichen Pflege sowie der die häusliche Versorgung und Betreuung unterstützenden Leistungen.
- Schaffung der Möglichkeit, neue Versorgungskonzepte zu implementieren, die die Trennung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung über-

winden helfen, was gerade für den hier in Rede stehenden Personenkreis von Bedeutung ist.

- Verbesserte (und bedarfsgerechtere) ambulante und stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen mit der (künftigen) Folge einer weiteren Ausdifferenzierung des auf diesen Personenkreis zielenden Angebotspektrums.
- Intensivierung des internen und externen Qualitäts- und Prüfmanagements und – damit verbunden – die Verbesserung der Qualität der Pflegeleistungen.
- Schaffung der Möglichkeit, Kooperationsverträge mit geeigneten Ärztinnen/Ärzten oder mit Medizinischen Versorgungszentren einzugehen bzw. ggf. eine Heimärztin/einen Heimarzt anzustellen.

Damit sind Voraussetzungen geschaffen, die zumindest die Instrumentarien der Versorgungsgestaltung deutlich verbessern. Im Freistaat Thüringen wurden damit in Verbindung schon konkrete Maßnahmen in die Wege geleitet:

- So sind in Thüringen bereits 86 niedrighschwellige Betreuungsangebote anerkannt. Von diesen werden im Jahr 2011 ca. die Hälfte mit Landesmitteln in Höhe von ca. 0,25 Mio. gefördert, die gleiche Summe stellen die Pflegekassen als Komplementärmittel zur Verfügung. Mit diesen Angeboten soll es Personen, bei denen ein erheblicher Aufwand an Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt wurde, ermöglicht werden, über qualitätsgesicherte Angebote als Einzelbetreuung oder in Tagesgruppenbetreuung möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu bleiben und vor allem auch die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde der Personenkreis, der zusätzliche Betreuung erhält, erweitert. Vor allem Personen, die an Demenz leiden und noch keinen Anspruch auf eine der Pflegestufen 1 bis 3 erhalten, können die zusätzliche Betreuung in Anspruch nehmen, wenn ihnen eine eingeschränkte Alltagskompetenz bescheinigt wurde. Nach Auskunft des TMSFG wird die Förderung der niedrighschwelligen Angebote weiter ausgebaut, damit zu betreuende Personen und ihre Angehörigen auf einfachem Wege Unterstützung erhalten.
- Das Land Thüringen hat des Weiteren verfügt, dass Pflegestützpunkte zu errichten sind, in einem stufenweisen Vorgehen sollen pro Planungsregion zunächst ein Stützpunkt geschaffen werden, auf einer nächsten Ausbaustufe weitere. Auch dadurch können für den Kreis der gerontopsychiatrisch erkrankten und an Demenz leidenden Personen Optimierungen erreicht werden. Zwei Pflegestützpunkte sind im Jahr 2011 bereits realisiert: Für eine ländliche Region wurde im Landkreis Nordhausen ein Pflegestützpunkt errichtet, für ein Stadtgebiet in Jena. Weitere drei Stützpunkte sollen im Jahr 2012 aufgebaut werden. Das TMSFG lässt Arbeit und Ergebnis der Stützpunkte evaluieren; ein für das Jahr 2013 erwarteter Abschlussbericht dazu wird Grundlage weiterer Entscheidungen auf diesem Gebiet sein.
- Schließlich wird nach Auskunft des TMSFG in Thüringen in den Heimen bereits in hohem Maße von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, unter Zugrundelegung eines Schlüssels von 1:20 eine Pflegeassistenz zu beschäftigen, wenn in dieser Größenordnung Personen mit erheblichem Betreuungsaufwand sich im Heim befinden.

Es ist davon auszugehen, dass mit diesen Initiativen/Maßnahmen für den Kreis der gerontopsychiatrisch erkrankten und an Demenz leidenden Personen schrittweise substantielle Optimierungen erreicht werden können, in jedem Fall sind diese Maßnahmen weiter

zu fördern und zu entwickeln, da gerade an diesen Stellen sich Schnittstellen zwischen der Seniorenhilfe und der fachpsychiatrischen Versorgung „gängiger“ gestalten lassen.

5.3 Maßregelvollzug

5.3.1.1 Konzeptionelle Grundlagen und Datenquellen

Bei Straftätern, die die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit begangen haben, ordnet das Gericht bei Vorliegen der Voraussetzungen eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung (Therapie) und Sicherung an. Nach § 63 StGB erfolgt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, nach § 64 StGB die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.

Der Maßregelvollzug suchtkranker Täter befindet sich in Hildburghausen, der Maßregelvollzug der nach § 63 StGB zu therapierenden oder nach § 126 a StPO einstweilig untergebrachten Täter wird in den Kliniken Mühlhausen und Stadroda gewährleistet. Die forensischen Abteilungen sind angegliedert an die ehemaligen Landesfachkrankenhäuser, die im Jahr 2002 auf die derzeitigen Betreiber in privater Trägerschaft übergegangen sind. Die hoheitlichen Aufgaben wurden per Beleihungsakt übertragen.

Der thüringische Maßregelvollzug stützt sich auf das „Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG)“ vom 2. Februar 1994, zuletzt geändert am 21. Dezember 2011 sowie auf die Verordnung über den Vollstreckungsplan vom 16. Juni 2010. Eine weitere Rolle spielen die mit den privaten Trägern im Zuge der Privatisierung verhandelten Beleihungsverträge aus dem Jahr 2002.

In den Handlungsvorschlägen zum Maßregelvollzug¹³⁷ im 2. Psychiatriebericht wurde neben den dringenden baulichen Maßnahmen vor allem eine konzeptionelle Neuausrichtung der therapeutischen Angebote bei „den Hilfen zur Reintegration“ konstatiert, und zwar mit folgender Zielrichtung:

- Begleitung in die ambulante Versorgung, Probewohnen, Probearbeiten
- Weiterführung der psychiatrischen Behandlung nach Entlassung in personeller Kontinuität durch Therapeutinnen/Therapeuten des Maßregelvollzugs
- Einbeziehung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der nachsorgenden komplementären Einrichtungen in die Behandlung vor der Entlassung
- einzelfallbezogene fachliche Kooperation mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der nachsorgenden komplementären Einrichtungen (insbesondere gemeinsame Eingliederungsplanung).

In Folge dieser Handlungsvorschläge sind in den letzten ca. zehn Jahren (wie in den anderen Bundesländern auch) im Freistaat Thüringen ambulante Behandlungsangebote für psychisch kranke Straftäter geschaffen worden (forensische Ambulanzen). Zielsetzungen dieser ambulanten Behandlungsangebote sind.¹³⁸

- Patientinnen/Patienten, die von ihrer therapeutischen Entwicklung und ihrem Gefährdungspotenzial her in längerfristige (Probe-)Beurlaubungsmaßnahmen überführt werden (als Vorbereitung für eine Entlassung), parallel ambulant (und fachlich kompetent durch geeignetes Personal) zu betreuen bzw. zu behandeln

¹³⁷ 2. Psychiatriebericht, S113f.

¹³⁸ Siehe dazu z. B. Nachbetreuung suchtkranker und psychisch kranker Rechtsbrecher in Hessen, LWV 2006.

- Patientinnen/Patienten, bei denen die Beendigung der Maßregel ausgesprochen wurde (bedingte Entlassung, Aussetzung zur Bewährung), nach der Entlassung ambulant weiterzubehandeln (Nachsorge).

Mit solchen ambulanten Nachsorgemaßnahmen sollen die Entlassmöglichkeiten aus dem Maßregelvollzug konsequenter als bisher genutzt werden, ohne die Risiken für die Sicherheit der Bevölkerung zu vergrößern. Längerfristige Beobachtungen in anderen Ländern (insbesondere in Hessen) belegen, dass beim Vorhandensein verlässlicher ambulanter Nachsorgestrukturen(-angebote), die Gerichte, die alle Entscheidungen über den Verlauf und das Ende einer Maßregel treffen, eher geneigt sind, eine stationäre Unterbringung zu beenden. Die letztliche ökonomische Zielsetzung der Etablierung ambulanter Angebote besteht darin, die ständige Zunahme der Anzahl der stationär Untergebrachten und in der Folge das Wachstum der anfallenden Gesamtmenge der stationären Behandlungstage im Maßregelvollzug zu bremsen oder sogar abzubauen.

Die folgende Beschreibung der Ist-Situation im Maßregelvollzug des Freistaats Thüringen stützt sich auf:

- Die Erhebungen zum „Kerndatensatz Maßregelvollzug“, die seit 2006 jährlich in Thüringen und dreizehn weiteren Bundesländern erfolgen (zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Werte zum Kerndatensatz 2009 vor)
- die Ergebnisse des Workshops „Maßregelvollzug“, der im Rahmen der Berichterstellung durchgeführt wurde.

5.3.1.2 Ist-Situation

Stationäre Plätze

Die Arbeitsgruppe zur Planung der Ersatzneubauten für den Maßregelvollzug ging im Jahr 2000 von einem Bedarf von insgesamt 260 stationären Plätzen für den Freistaat Thüringen aus, davon 100 Plätze für Patientinnen/Patienten nach § 63 StGB in Mülhausen, 80 Plätze für § 63 StGB-Patientinnen/Patienten in Stadtroda und für § 64er Patientinnen/Patienten 80 Plätze in Hildburghausen. Damals wurde die Erhöhung der Platzkapazität als äußerst dringlich bezeichnet. Die Möglichkeiten der Überbelegung seien erschöpft. Es seien Reservekapazitäten erforderlich, da die Einrichtungen zu kurzfristigen Aufnahmen in der Lage sein müssten.

Der Ausbau ist inzwischen weitgehend abgeschlossen. Der Maßregelvollzug im Freistaat Thüringen kann heute in modernen, funktionellen Bauten durchgeführt werden.

Im Jahr 2010 waren im Maßregelvollzug im Freistaat Thüringen in drei Einrichtungen insgesamt 311 stationäre Plätze verfügbar, damit ist die stationäre Versorgung im Maßregelvollzug auch nach Meinung der thüringischen Expertinnen und Experten gesichert und der Ausbau abgeschlossen.

Belegungsentwicklung

Die durchschnittliche Belegung¹³⁹ der stationären Plätze im Maßregelvollzug des Freistaates Thüringen ist im Beobachtungszeitraum des MRV-Kerndatensatzes von 235 im Jahr 2006 auf 283 im Jahr 2009 angestiegen und im Jahr 2010 auf 275 gesunken. Im Jahr 2000 (zum Stichtag 1. August 2000) wurde demgegenüber lediglich eine Belegung von 142 Patientinnen/Patienten in den drei Fachkliniken ermittelt.¹⁴⁰ Bei der Belegung ist im Vergleich 2000 – 2010 eine immense Steigerung zu verzeichnen.

Durch die Auswertungen des Kerndatensatzes lässt sich diese Entwicklung von 2006 an nachzeichnen. Der Index der durchschnittlichen Belegung ist im Freistaat Thüringen von 2006 = 100 auf 2010 = 117,0 gestiegen. Damit liegt das Wachstum der Gesamtzahl der stationären Belegungs- und damit Abrechnungstage im Freistaat Thüringen über dem Durchschnitt der Kerndatensatz-Länder. Bei dieser Ländergruppe ist der vergleichbare Index im gleichen Zeitraum auf 2010 = 109,6 gestiegen. Auch im Einzelvergleich mit den anderen neuen Bundesländern fällt das Indexwachstum in Thüringen höher aus. Die Daten des Jahres 2010 weisen für Thüringen zum ersten Mal seit 2006 einen Rückgang der durchschnittlichen Belegung aus (von 283 im Jahr 2009 auf 275 im Jahr 2010).

Tab. 52: *Jahresdurchschnittliche Belegung im MRV insgesamt*

Jahr	jahresdurchschnittliche Belegung im MRV insgesamt				jahresdurchschnittliche Belegung im MRV insgesamt je 100 TSD EW	
	Thüringen		KDS-Länder		Thüringen	KDS-Länder
	absolut	Index	absolut	Index		
2006	235	100,0	7.135	100,0	10,11	13,47
2007	257	109,4	7.379	103,4	11,12	13,92
2008	276	117,4	7.500	105,1	12,09	13,82
2009	283	120,4	7.644	107,1	12,56	14,19
2010	275	117,0	7.822	109,6	12,22	14,90

Quelle: Kerndatensatz im Maßregelvollzug, verschiedene Jahre

Bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner beträgt die durchschnittliche Belegung im Maßregelvollzug im Freistaat Thüringen 12,22 (im Jahr 2010)¹⁴¹ Hier liegt der Vergleichswert der Kerndatensatz-Länder bei 14,90, wobei zu beachten ist, dass eine erhebliche Bandbreite zwischen 9,75 in Sachsen und 20,44 in Sachsen-Anhalt besteht. Die relative (bezogen auf die Bevölkerung) Anzahl der Personen im Maßregelvollzug hat sich in Thüringen seit 2006 Zug um Zug dem Durchschnitt der Kerndatensatz-Länder angenähert, wobei diese Entwicklung im Jahr 2010 zum ersten Mal (im Beobachtungszeitraum seit 2006) zum Stillstand gekommen ist.

Leistungen der forensischen Ambulanzen

Die Inanspruchnahme der Leistungen der forensischen Ambulanzen wird im Kerndatensatz Maßregelvollzug zum Stichtag 30. September eines Berichtsjahres gemessen. Im

139 Definition: Anzahl der p.a. angefallenen stationären Behandlungstage aller nach § 63 und § 64 StGB sowie nach den §§ 126a, 81, 453c StPO sowie § 65 StVollzG untergebrachten Patientinnen/Patienten geteilt durch 365.

140 2. Psychiatriebericht, S. 109.

141 Dies bedeutet, dass im Freistaat Thüringen im Jahr 2010 durchschnittlich 12,22 Personen je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner im stationären Maßregelvollzug behandelt wurden.

Jahr 2008 wurden die ersten forensischen Ambulanzfälle aus Thüringen gemeldet: Es erhielten neun beurlaubte und 17 bedingt entlassene Patientinnen/Patienten ambulante therapeutische Hilfen. Die Inanspruchnahme ist im Jahr 2009 auf neun beurlaubte und 42 entlassene Patientinnen/Patienten gestiegen.

„Leistungsmerkmale“ des stationären Maßregelvollzugs im Freistaat Thüringen

Bei den „Leistungsmerkmalen“, die im Kerndatensatz Maßregelvollzug jährlich erhoben werden, zeigen sich für Thüringen folgende Ergebnisse: Bei den *Lockerungen je 100 Fälle* (der nach § 63 StGB Verurteilten) liegen die thüringischen Einrichtungen höher als der Durchschnitt der Kerndatensatzländer (2009: 78,3 vs. 68,8). Bei der *Anzahl der Entweichungen je 100 Fälle* im Maßregelvollzug liegt der Freistaat Thüringen im Jahr 2009 mit 1,41 unter dem Länderdurchschnitt von 3,34. Die beiden dargestellten Leistungsmerkmale fallen somit im Ländervergleich für den Freistaat Thüringen günstig aus.

Kostenentwicklung im stationären Maßregelvollzug

Die *Entwicklung der Kosten des Maßregelvollzugs* wird in allen Ländern mit Sorge beobachtet. Eine erste Größe, die zur Beschreibung der Kostenentwicklung herangezogen werden kann, sind die Entgelte, die das Land/der Freistaat pro Tag für die Behandlung einer Patientin/eines Patienten bezahlt. Diese Größe ist im Längs- und Quervergleich über die Einrichtungen und Länder jedoch nur dann als Maßstab geeignet, wenn sie vergleichbar abgegrenzt bzw. definiert erhoben wird. Diese Anforderung ist im Kerndatensatz Maßregelvollzug erfüllt.¹⁴²

Ein Ländervergleich der solchermaßen ermittelten *pauschalen Tagesentgelte* zeigt, dass der Freistaat Thüringen im Jahr 2009 mit durchschnittlich 278,- € pro Tag und Patientin/Patient deutlich über dem Durchschnitt der Kerndatensatz-Länder von 231,- € liegt. Nur das Land Hessen wendet einen etwas höheren Betrag auf.

Tab. 53: *Durchschnittlicher pauschaler Aufwandsersatz (Entgelt) je Belegungstag in €*

Jahr	Thüringen	KDS-Länder
2006	237	215
2007	241	215
2008	266	226
2009	278	231

Es ist auch zu beobachten, dass die jährlichen Steigerungen (seit 2006) der Tagesentgelte in Thüringen überdurchschnittlich ausfallen (Thüringen: von 2006 auf 2009 + 41,- €; Durchschnitt der Kerndatensatz-Länder: + 16,- €). Mit diesem Betrag von 278,- € (Jahr 2009) finanziert der Freistaat Thüringen eine überdurchschnittliche Personalausstattung bezogen auf Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen sowie sonstige Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräfte der MRV-Einrichtungen, wie die jährlichen Auswertungen des Kerndatensatzes seit 2006 belegen.¹⁴³

142 Definition: Durchschnittliches Entgelt/pauschaler Aufwandsersatz pro Berechnungstag (BT), ohne Entgelte für betriebene forensisch-psychiatrische Ambulanzen.

143 Siehe dazu im Detail: Kerndatensatz im Maßregelvollzug, Teil 2: Tabellenband 2006, 2007, 2008, 2009, Version vom 17.03.2001.

Ein anderer Typus von Kostenbetrachtung stellt auf *Fallkosten* ab. Dies ist aus ökonomischer Sicht eine sinnvollere Analyse als lediglich der Vergleich der Tagesentgelte. Die Fallkosten werden – vereinfacht dargestellt – ermittelt aus der Anzahl der angefallenen Behandlungs-/ Unterbringungstage bei Entlassung und dem Tagesentgelt. Fallkosten stellen letztlich das Produkt aus Preis- und Mengenkompone (Unterbringungsdauer) dar. Gelingt es, mit einem erhöhten Personaleinsatz und folglich hohem Tagesentgelt die Unterbringungsauern niedrig zu halten, kann dies – neben qualitativen Erwägungen – für das Land in der Gesamtbetrachtung ökonomisch sinnvoll sein. Betrachtet man die Unterbringungsauern der Patientinnen/Patienten nach § 63 StGB als einen Indikator für die Mengenkompone¹⁴⁴, zeigt sich, dass die im Freistaat Thüringen am 31. Dezember 2009 Unterbrachten im Durchschnitt 2.406 Tage stationäre Unterbringung aufweisen. Der Durchschnitt der Kerndatensatz-Länder liegt bei 2.461 Tagen. Hessen erreicht hier 1.885 Tage. Dieser günstige Wert ist sicherlich – neben dem hohen Personaleinsatz – auch eine Wirkung der bereits langjährig arbeitenden hessischen forensischen Ambulanzen. Das Land Hessen steht insofern bei einer Fallkostenbetrachtung vergleichsweise günstig da, für den Maßregelvollzug im Freistaat Thüringen bleibt die Entwicklung hierzu abzuwarten.

5.3.1.3 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsfelder

Mit dem Abschluss des Ausbaus der stationären Behandlungsplätze hat der stationäre Maßregelvollzug im Freistaat Thüringen die von Fachseite reklamierte Kapazität erreicht. Hier sind aus heutiger Sicht keine weiteren Maßnahmen notwendig.

Ein wichtiges zukünftiges Handlungsfeld stellen die forensischen Ambulanzen dar. Die Erbringung und Finanzierung der ambulanten Nachsorgeleistungen sollte in stärkerem Maße als im Status quo konzeptionell und vertraglich zwischen Land und Einrichtungen abgestimmt werden. Dabei sollte geprüft werden, welches Finanzierungsmodell für die Situation im Freistaat Thüringen angebracht bzw. zweckmäßig ist: ein eher an Pauschalen ausgerichtetes Modell wie etwa in Nordrhein-Westfalen oder Rheinland-Pfalz oder ein eher an (Einzel-)Leistungen orientiertes Abrechnungsmodell wie in den Ländern Hessen oder Bayern. Eine hier zu treffende Entscheidung sollte die gute finanzielle Ausstattung der Kliniken im stationären Sektor der MRV-Behandlung mit in die Bewertung einbeziehen.

Im Rahmen des Workshops zum „Maßregelvollzug“ wurde auf ein weiteres Handlungsfeld hingewiesen: In den forensischen Kliniken in Thüringen befindet sich eine zunehmende Anzahl von Patientinnen/Patienten mit schweren psychiatrischen und hirnorganischen Erkrankungen, die seit vielen Jahren im Maßregelvollzug untergebracht sind und bei denen Therapiefortschritte realistischer Weise nicht mehr zu erwarten sind. Bei geeigneten Versorgungsstrukturen könnten diese Personen außerhalb der Kliniken adäquat betreut werden. Solche außerklinischen Versorgungsstrukturen können einzelne Plätze oder Wohngruppen in bestehenden stationären (psychiatrischen) Einrichtungen der Eingliederungshilfe sein, die bei Bedarf ein besonders dichtes Betreuungssetting (ggf. mit forensischer Kompetenz) aktivieren können. Gesonderte Spezialangebote (etwa geschlossene Heime allein zur Betreuung dieser Personen) sollten nicht errichtet werden. Erste

144 Die „Unterbringungsauer bei Beendigung bzw. Veränderung des Vollzugs der Unterbringung ...“, die im Kerndatensatz (mit einer Differenzierung in 5 Gründe) ebenfalls erhoben wird, wäre hier der bessere Maßstab. Da diese Werte pro Jahr stark schwanken, weil die Populationen der „Entlassenen“ (sehr) klein sind, reichen die vier Werte, die pro Land seit 2006 vorliegen, noch nicht aus, um strukturelle Unterschiede verlässlich abzubilden.

Voraussetzung für eine außerklinische Unterbringung ist, dass für diese Patientinnen/Patienten die Sicherungsvorkehrungen und -abläufe der MRV-Kliniken nicht mehr notwendig sind. Wenn für diese Patientinnen bzw. Patienten dann trotzdem aus rechtlichen oder anderen Gründen die Maßregel nicht zur Bewährung ausgesetzt werden kann, bleibt letztlich nur das Instrument der langfristigen Beurlaubung, um sie in heimähnliche Strukturen zu überführen.¹⁴⁵ Es ist Aufgabe des Freistaates Thüringen und der Klinikträger, geeignete Heimträger für die Bereitstellung solcher Angebote zu gewinnen. In Anbetracht der Höhe des im Freistaat Thüringen bezahlten Tagesentgeltes für eine stationäre, klinische Maßregelvollzugsbehandlung könnten sich solche Überlegungen auch als ökonomisch sinnvoll erweisen, weil die Tagesentgelte für Heimplätze (auch bei teuren Lösungen) nach derzeitigem Informationsstand deutlich unter den thüringischen Tagesentgelten für einen stationären Behandlungstag im MRV liegen.

Empfehlenswertes Ziel für die nächsten Jahre wäre, unter Beibehaltung aller Qualitätsanforderungen und Sicherheitsstandards die Unterbringungsdauern nach und nach zu senken (um sich den hessischen Werten zumindest anzunähern). Die dazu notwendigen strukturellen Voraussetzungen liegen im konsequenten Ausbau der ambulanten forensischen Behandlungsmöglichkeiten und in einer hohen und qualifizierten Therapiedichte in den Maßregelvollzugs-Kliniken.

Gelingt die Absenkung der Unterbringungsdauern (deutlich unter den Länderdurchschnitt) nicht und bleibt das stationäre Tagesentgelt auch in Zukunft weit über dem Durchschnitt der Länder, wird der thüringische Maßregelvollzug als im Vergleich teure Lösung angesehen werden müssen.

5.4 Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe

Die Psychiatrie einerseits sowie die Suchtkrankenhilfe andererseits verfügen über unterschiedliche Traditionen und weisen nach Art und Größe z.T. sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf. Deswegen hat sich der Freistaat Thüringen auch in den Jahren 2001/2002 dazu entschieden unterschiedliche Planungsgrundlagen für beide Hilfesysteme vorzulegen: den 2. Psychiatriebericht (2002) sowie den Bericht „Suchtkrankenhilfe und Drogenbekämpfung in Thüringen“ (2003).

Trotz der z.T. bestehenden Unterschiede im Versorgungsauftrag wird – wie die schriftliche Befragung zeigt – ein erheblicher Teil suchtkrankgefährdeter und -abhängiger Personen sowie von Menschen mit psychiatrischen (Ko-)Morbiditäten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangeboten (im psychiatrisch-stationären Bereich entfallen darauf ein knappes Viertel aller Patientinnen und Patienten) behandelt, sodass der (engen) Kooperation zwischen Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe weiterhin ein großer Stellenwert zukommt. Dabei bezieht sich die (fallbezogene) Zusammenarbeit vor allem auf die Vermittlung, Übernahme sowie z.T. gemeinsame Behandlung/Betreuung der Patientinnen und Patienten.

145 Beispiele für solche Prozesse finden sich beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der für diese Gruppe von forensischen Patientinnen/Patienten Wohnangebote (Wohngruppen) in seinen SGB-XII-Wohnverbänden erfolgreich etabliert hat. Auch der Landschaftsverband Rheinland hat kürzlich im Rahmen seiner Forensischen Abteilung in Düren eine Station/Wohngruppe für altgewordene forensische Patientinnen/Patienten eröffnet.

Dazu müsste zunächst geklärt werden, inwieweit „langfristige Beurlaubungen aus dem stationären Maßregelvollzug“ mit dem „Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen“ in Einklang stehen, dort heißt es in § 22, Beurlaubung: (1) Der Patient kann durch die ärztliche Leitung der Einrichtung bis zu zwei Wochen beurlaubt werden.

Gleichwohl zeigt auch die in den Versorgungsregionen des Freistaats Thüringen gegebene Kooperationspraxis der beiden Versorgungssektoren auf, dass – vor dem Hintergrund unterschiedlicher Finanzierungssysteme, divergierender organisatorisch-institutioneller Rahmenbedingungen sowie der sich z.T. erheblich unterscheidenden Behandlungstraditionen und -dynamiken, Haltungen und (Fach-)Sprachen – nach wie vor Handlungsbedarfe mit Blick auf Vernetzung bestehen. Zentrale Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der beiden Versorgungssektoren können aus der Sicht von FOGS/ceus consulting dabei auf folgenden Ebenen gesehen werden:

- Festlegung klarer Zuständigkeiten im (regionalen) Versorgungssystem
- verbindliche Verfahrensabsprachen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Versorgungsangeboten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- Sicherstellung einer nahtlosen Weiterbehandlung und -betreuung durch Suchtberatungsstellen im Anschluss an (stationäre) Entzugsbehandlungen
- (rechtzeitige) wechselseitige Informationsweitergabe bzgl. der jeweils in die Dienste und Einrichtungen überwiesenen Patientinnen und Patienten
- Verlässlichkeit von Einrichtungen hinsichtlich personeller Kontinuität und Erreichbarkeit.

Zur Umsetzung dieser Anforderungen sollten in Übereinstimmung mit den Vorschlägen des Workshops „Suchtkranke Menschen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen unter Einbeziehung der Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe“ zukünftig – sofern dies noch nicht geschehen ist – die Einrichtungen und Dienste der Suchtkrankenhilfe – bedarfsbezogen – an den *individuellen Hilfeplanungen* beteiligt sowie personell in den (bestehenden bzw. künftig einzurichtenden) *Hilfeplankonferenzen* repräsentiert sein.

Außerdem kommt der gleichberechtigten Einbeziehung der Suchtkrankenhilfe in die *Gemeindepsychiatrischen Verbände* eine zentrale Funktion für eine effektivere fallbezogene Zusammenarbeit insbesondere für mehrfachbeeinträchtigt chronisch Abhängigkeitskranke (CMA) zu.

Neben diesen übergreifenden, auf eine stärkere Vernetzung zwischen psychiatrischer Versorgung und Suchtkrankenhilfe zielenden Vorschlägen, wurden im o.g. Workshop noch weitere sich i.e.S auf eine *effektivere Versorgung* beziehende Überlegungen eingebracht:

- Verbesserung der Früherkennung und -intervention sowie der Versorgung von suchtkranken Personen bei Haus- und Fachärztinnen/-ärzten sowie Krankenhäusern
- Optimierung der ambulanten Versorgung vor allem mit Blick auf Drogenabhängige (mit psychiatrischen Komorbiditäten)
- Verbesserung der personellen Ausstattung der Suchtberatungsstellen, sodass die aus dem Entzug entlassenen suchtkranken Personen intensiver betreut werden können
- Ausbau z.B. der Tageskliniken, vor allem mit Blick auf CMA
- verstärkte Umsetzung einer qualifizierten Entzugsbehandlung mit ausreichend langen Behandlungsdauern sowie Gewährleistung möglichst nahtloser (Behandlungs-)Übergänge in die (ambulante) Entwöhnung
- Sicherstellung angemessener Behandlungszeiten für Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen.

6 Selbsthilfe

Die Selbsthilfe unmittelbar oder mittelbar von Erkrankung betroffener Menschen hat heute – nach Jahrzehnten stetigen Wachstums und Bedeutungsgewinns – einen unverzichtbaren Stellenwert; dies gilt für eine Vielzahl somatischer Erkrankungen, z.B. im Bereich der Onkologie und der Herz-Kreislaufkrankungen ebenso wie insbesondere für den Gesamtbereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung. In der Selbsthilfe manifestieren sich einerseits bürgerschaftliches Engagement, sie ist Aspekt einer auch auf EU-Ebene beförderten Entwicklung hin zu einem „Bürgerzentrierten Gesundheitswesen“¹⁴⁶, andererseits spiegelt sie die *zwischenmenschlich* orientierte Organisation individueller, gruppengestützter Initiative zur Verbesserung der Situation persönlich von Krankheit, Behinderung oder Schädigung Betroffener – und leistet damit ihren Beitrag zur Gestaltung humaner Verhältnisse im eigentlichen Sinn. Organisation, Inhalt und Gestaltung von Selbsthilfe können ihrerseits wiederum in zwei Richtungen akzentuiert werden: Selbsthilfe durch Austausch und Transfer von Erfahrungen zwischen Betroffenen und Selbsthilfe im direkten Sinn der Selbstinitiative, des Empowerments, der Selbststärkung.

Kennzeichen der Selbsthilfe in ihren verschiedenen Formen – Betroffenengruppen, Psychiatrie-Erfahrene, Angehörigen-Gruppen u.ä. – sind Spontaneität, Eigeninitiative, persönliches Engagement, mitmenschliche Hilfe und helfen wollen, Information, Vermittlung, Mitwirkung im Einzelfall und in Gremien, Einbringung von Anregungen und Vorschlägen zur Versorgungsplanung und -struktur u.a.m. Zwar liegt es in der Natur der Sache, dass der organisatorische Strukturierungs- und Durchdringungsgrad der Selbsthilfe nicht prioritären Stellenwert hat, es geht darum, bereit, offen und eigenverantwortlich zu sein und zu bleiben. Dennoch gibt es heute Zusammenschlüsse von Selbsthilfe auf Kreis- und Landesebene, die ihre Interessen einzubringen suchen und in gewissen Grenzen finanzielle Unterstützung fordern und erhalten. Entscheidend vor allem ist jedoch auch, dass die Weiterentwicklung der Selbsthilfe Wertschätzung und Aufmerksamkeit seitens der Bevölkerung, der Versorgungsinstanzen und der politischen Ebenen erhält. Unter diesen Rahmenseetzungen widmet folglich der 3. Psychiatriebericht der Selbsthilfe ein eigenständiges Kapitel.

Die Ausführungen beruhen u.a. auf den mit einem gesonderten Fragebogen zur Selbsthilfe durchgeführten Erhebungen, der Analyse von Sekundärmaterialien, der Auswertung der Gespräche und eines Workshops zur Selbsthilfe Anfang Juni 2011. Eingeflochten in die Darstellung ist auch die Bezugnahme auf den 2. Psychiatriebericht, wo diese zum Vergleich angezeigt ist. Außerdem wird neben den Selbsthilfegruppen auch über die Kontaktbüros/-einrichtungen berichtet, die Selbsthilfe zu ihrem Schwerpunkt erklärt haben.

6.1 Ist-Situation

6.1.1 Selbsthilfegruppen

2010 wurden für den Freistaat Thüringen insgesamt 59 Selbsthilfeinitiativen identifiziert, von denen 44 an der Befragung (74,6 %) teilnahmen, damit ist eine sehr gute Aussagen-Basis gegeben; zusätzlich wurden sieben weitere Einrichtungen identifiziert, die in der Funktion von Kontaktbüros oder -stellen im Rahmen der Selbsthilfe wirken, diese werden im nächsten Abschnitt gesondert dargestellt. Die 44 befragten Selbsthilfe-Gruppen vertei-

146 vgl. Dierks u.a., 2011.

len sich auf Angehörigengruppen zu 25 % und auf Betroffenen-Gruppen zu 75 %. Die jeweils aufgeführten Zielsetzungen beziehen sich dabei in den allermeisten Fällen auf den Generalnenner „psychisch kranke Menschen“ und in Einzelfällen (zusätzlich) qualifiziert mit z.B. „Menschen mit Angststörung“, „chronisch psychisch kranke Menschen“, „Frauen und Männer mit Depressionen, Angst- und Panikattacken“ u.ä. Von allen befragten Gruppen gibt nur eine Gruppe explizit an, dass sie mit „Betroffenen mit psychischen Erkrankungen aller Art und deren Angehörigen“ zusammenarbeitet. Schließlich existieren sog. „Psychose-Seminare“ (derzeit zwei, ein drittes ist geplant) als Form des Austausches zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen, dessen Zunahme für die Zukunft gewünscht wird. Unter Bezug auf den neuen Fachbegriff „EX-IN“ (Experienced Involvement) erwartet z.B. der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (TLPE), dass aus der Selbsthilfe und dem vorgenannten Dialog eine neue Qualität der Begleitung von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen entsteht. Das Konzept EX-IN ermöglicht und unterstützt, dass Menschen mit Selbsthilfeefahrung und entsprechender EX-IN-Qualifizierung als „Genesungsbegleiter“ im psychiatrischen Hilfesystem direkt tätig werden können.

Im 2. Psychiatriebericht wurden bezogen auf das Jahr 1999 noch insgesamt 93 Selbsthilfeinitiativen¹⁴⁷ gezählt, davon „Psychiatrie-Erfahrene“: 57; „Angehörige“: 28; „Erfahrene und Angehörige“: 8. Trotz dieser quantitativen Differenz scheint es nicht angebracht, von einem „Rückgang“ der Selbsthilfe in Thüringen zu sprechen, weder wurde dies aktuell in Gesprächen noch in den Workshops als Defizit thematisiert, auch forderte der 2. Psychiatriebericht keinen quantitativen „Ausbau“ der Selbsthilfe. Die Ursache für diese Differenz zu 1999 ist eher in qualitativen Zusammensetzungen und Ausrichtungen der Selbsthilfegruppen zu suchen, außerdem kommt ihnen i.e.S. auch kein „Einrichtungscharakter“ zu, sondern der Tenor liegt auf bedarfsorientierter Spontaneität, was eine gewisse Wandelbarkeit über die Jahre einschließt. Belege, dass die Selbsthilfe auf gutem Niveau weiterhin aktiv geblieben ist, liefert bspw. eine aktuell vorliegende „Konzeption: Koordination, Effektivierung und Erweiterung der Selbsthilfe-Strukturen, -verbände, -vereine und -gruppen in Thüringen für psychisch Kranke und deren Angehörige“, die vom Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen übergeben wurde sowie die Initiative zur Weiterentwicklung einer „Psychozialen Landkarte“ mit Unterstützung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Thüringen e.V. (TLPE), die sich zum Ziel gemacht hat, auf elektronischem Weg/Internet Hilfeangebote ausfindig zu machen. Schließlich sei darauf verwiesen, dass nicht nur im Freistaat Thüringen der Selbsthilfe „geschichtlich“ betrachtet verschiedentlich Initiativfunktion zukommt für die Anregung zu und Schaffung von organisierter Hilfe und Einrichtungen (z.B. im Suchtbereich).

Die Verteilung der in den Selbsthilfe-Gruppen (N = 44) betreuten bzw. in ihnen zusammengeschlossenen Personen hinsichtlich *Geschlecht und Alter* zeigen die Tab. 54 und Tab. 55:

Tab. 54: Verteilung betreuter, teilnehmender Frauen/Männer in Selbsthilfegruppen im Jahr 2010 (in %)

	weiblich	Männlich
Betroffene (N = 33)	64,0	36,0
Angehörige (N = 11)	66,7	34,2
Gesamt (N = 44)	64,7	33,1

147 2. Psychiatriebericht, S. 16.

Tab. 55: Altersverteilung der Betroffenen und Angehörigen in Selbsthilfegruppen im Jahr 2010 (in %)

Altersgruppen	Betroffene (N = 32)	Angehörige (N = 8)	Gesamt (N = 40)
von 0 bis unter 18 Jahre alt	0,2	0,0	0,2
von 18 bis unter 30 Jahre alt	3,6	0,8	3,0
von 30 bis unter 45 Jahre alt	17,2	5,3	14,8
von 45 bis unter 60 Jahre alt	52,8	34,3	49,1
von 60 bis unter 65 Jahre alt	12,8	21,0	14,5
von 65 bis unter 75 Jahre alt	10,8	27,0	14,1
75 Jahre alt und älter	2,4	11,6	4,3

Der Schwerpunkt liegt folglich im Bereich der Selbsthilfe bei Personen des weiblichen Geschlechts und bei den Altersgruppen jenseits der 45 Jahre.

Das *Aufgabenspektrum der Selbsthilfe* ist weit gestreut, schwerpunktmäßig können benannt werden:

- Erfahrungsaustausch
- Gesprächsrunden und Information zur Entlastung
- Hilfen bei Krisensituationen und diversen Lebensaktivitäten, Vermittlung von Hilfen
- Vorträge, Gruppentreffen mit thematischen Inhalten
- Freizeitaktivitäten, kulturelle, sportliche und kreative Aktivitäten
- Wanderungen, Ausflüge
- Organisation von Gesprächen mit Professionellen.

Die *Abfolge der Zusammenkünfte* hat ihren Schwerpunkt mehrheitlich bei 14-tägigen Treffen, gefolgt von monatlichen Treffen, wöchentliche Treffen finden nur in der Minderzahl der Gruppen statt.

Von Interesse ist die Bewertung der *Kooperationen bzw. Kooperationspartner* der Selbsthilfe, 36 von 44 befragten Gruppen haben dazu qualifizierte Angaben gemacht. Im Ergebnis werden folgende Partner in der Reihenfolge der Häufigkeit am meisten (zwölf häufigste Nennungen) genannt und nach Schulnoten bewertet (die durchschnittliche Bewertung liegt bei Notenschnitt 2,1)

Tab. 56: Kooperationspartner der Selbsthilfegruppen, Reihenfolge in % der Nennungen und Bewertung (Schulnoten) im Jahr 2010

	in %	Bewertung in Schulnoten
Psychiatrische Kliniken	81,0	2,0
niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	72,0	2,2
Sozialpsychiatrische Dienste	69,0	1,7
Beratungsstellen	61,0	2,1
niedergelassene Psychotherapeutinnen/-therapeuten	61,0	2,4
Werkstätten für Behinderte	50,0	2,2
Gesundheitsämter	47,0	1,7
(somatische) Fachkrankenhäuser	42,0	2,2
(andere) Selbsthilfegruppen	39,0	1,8
Tagesstätten	39,0	2,3
Sozialämter	31,0	2,5
(Ambulant) betreutes Wohnen	28,0	2,1

Gefragt nach den diesbezüglichen Verbesserungsvorschlägen – vereinzelt wird natürlich auch eine gute, bereits bestehende Kooperation hervorgehoben – zur Kooperation mit den (professionellen) Diensten liegen die Schwerpunkte auf Folgendem:

- stärkerer Einbezug der Angehörigen (als Partner der Institutionen)
- weniger Bürokratie
- engere Zusammenarbeit, bessere Kooperation
- mehr professionelle Begleitung und Moderation
- bessere Zusammenarbeit mit Arbeitgebern/Jobcentern
- bei den Partnerinstitutionen: mehr Fachpersonal, das einen entsprechenden Zugang zum Betroffenen beherrscht (Umgang mit psychisch kranken Menschen).

6.1.2 Einrichtungen bzw. Kontaktbüros mit Schwerpunkt Selbsthilfe

Zusätzlich zu den Selbsthilfegruppen konnten sieben Einrichtungen identifiziert werden, die ihren Schwerpunkt (ausschließlich) auf dem Gebiet der Selbsthilfe haben, in Form von z.B. Kontaktbüros oder Vermittlungsstellen. Die *Ergebnisse* stellen sich wie folgt dar:

- Wie bei den Selbsthilfegruppen überwiegt mit fast 69 % der Betreuten der weibliche Anteil. Die Altersstruktur ist vergleichbar: Das Gros der Betreuten (84 %) hat ein Alter von 45 Jahren erreicht, 37 % entfallen davon auf die Altersgruppe zwischen 45 und 60 Jahre, 24,5 % auf die Altersgruppe ab 65 Jahren.

- Eine Einstufung nach Art der Beeinträchtigung/Behinderung ergibt folgendes Bild:

- psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen	36 %
- suchtkranke Personen	11 %
- mehrfach behinderte Menschen	23 %
- Andere	30 %.

- Wartezeiten wurden keine benannt.
- Die Zahl der haupt- und nebenamtlich Beschäftigten in diesen Kontakteinrichtungen der Selbsthilfe ist vergleichsweise sehr gering: Fünf von sieben Stellen nennen eine Beschäftigtenzahl von einer vollzeit- und vier teilzeitbeschäftigte Personen mit einer durchschnittlichen Beschäftigungszeit von 36 Std./Woche. An Berufsgruppen, die dabei in geringen Zeitanteilen tätig sind, wurden benannt: Verwaltung, Sozialarbeit, Heilpädagogik, Psychologie, in einer Einrichtung ist außerdem eine Jahrespraktikantin tätig.
- Drei von sieben Stellen greifen auf ehrenamtliche/freiwillige Mitarbeit zurück.
- Personalgewinnung: Für die Zukunft (bis 2016) sehen 40 % der Befragten keine Probleme, 60 % befürchten mehr oder weniger solche im Bereich der Personalgewinnung, insbesondere im Bereich Sozialarbeit.
- Aufgrund der geringen Anzahl von Nennungen ist eine ausführliche Beschreibung des Kooperationsnetzes. Die Dateninspektion zeigt tendenziell Vergleichbares zu den Selbsthilfegruppen: Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ziehen die meisten (geringen) Nennungen auf sich. Die Benotung fällt ebenfalls analog aus: Am besten schneiden darunter die Gesundheitsämter mit Note 1,5, die Sozialpsychiatrischen Dienste und Beratungsstellen mit 1,8 ab, der niedergelassene Bereich erhält die Note 3,0.

6.2 Bewertung der Ist-Situation und Handlungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe

Trotz einer Abnahme der Zahl der Selbsthilfegruppen seit 1999 kann nicht auf Einbußen auf diesem Gebiet geschlossen werden, eher auf einen Wandel in Organisation und Zielstellung von Selbsthilfe. Folglich wurde dieser rein quantitative Rückgang von keiner Seite als nachteilig thematisiert, qualitativ-strukturelle Themenstellungen wurden hingegen ausführlich erörtert. Mit Blick auf den 2. Psychiatriebericht wurden dadurch und danach eingeleitete Entwicklungen eher positiv unterstrichen, so z.B. dass die Selbsthilfe weiterhin landesweit in verschiedenen Organisationsformen bis hin zur Landesverbandsebene für Betroffene und Angehörige aktiv ist, dass ihre Beteiligung und Einbindung in Gremien und Arbeitsgemeinschaften gegeben ist und gestärkt wurde, dass damals vorgeschlagene Ansätze wie Psychoseseminare heute existieren (zwei an der Zahl, ein drittes ist geplant). Dennoch wurde darauf hingewiesen, dass bestimmte Zielsetzungen nicht erreicht sind oder sich verändert haben, so z.B. dass die Kooperation mit dem professionellen Bereich nicht überall den gewünschten Vorstellungen entspricht oder dass die Sozialpsychiatrischen Dienste heute nicht mehr eine Beratungsfunktion für die Selbsthilfegruppen erfüllen können.

Stärken, Schwächen und Verbesserungsvorschläge aktuell aus Sicht der Selbsthilfe

Die systematische Abfrage dazu – 29 Selbsthilfe-Gruppen (66 %) haben Antworten im Fragebogen gegeben – ergaben folgende hervorzuhebende Ergebnisse:

Gefragt nach den *Stärken im System* wird seitens der Selbsthilfe u.a. hervorgehoben, jedoch mit erkennbar jeweils *lokalem* Bezug z.B. „Stadt (...) ist zur Zeit versorgt“:

- erfolgte Erweiterung der Versorgung durch Tagesklinik und Institutsambulanz
- gute Angebote wie Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten
- gute Zusammenarbeit zwischen Fachklinik, Tagesklinik und Tagesstätte
- gute Vernetzung der ambulanten Angebote
- enge Verbindung zu/Versorgung durch SpDi, Tagesklinik und Institutsambulanz.

Diese Aussagen belegen, dass die Selbsthilfe Verbesserungen und gute Versorgungslagen (vor Ort) sieht, anerkennt und positiv hervorhebt.

An *Schwächen im System* wurden u.a. mehrheitlich hervorgehoben:

- vor allem das lokal/regional zu geringe Angebot an fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung
- mangelhafte psychiatrische Versorgung in Teilen des Landes; Unterversorgung, schlechte Erreichbarkeit und zu lange Wartezeiten
- fehlende sozialtherapeutische Angebote und Krisendienste
- keine Angebote für alt gewordene psychisch kranke Menschen
- fehlende Arbeits- und Beschäftigungsangebote, Werkstätten sind an Grenzen gelangt.

Folglich richten sich die *Verbesserungsvorschläge* auf folgende Punkte:

- bessere fachärztliche und fachpsychotherapeutische Angebote und diese besser verteilt im Land
- Ausbau der gemeindenahen Psychiatrie und Vernetzung, bessere Koordination
- einheitliche Vorgehensweise bei der Eingliederungshilfe
- Implementation personenbezogener, individualisierter Hilfen
- mehr Mitwirkung der Selbsthilfe (Betroffene/Angehörige) bei Planung
- mehr Arbeits- und Beschäftigungsangebote, auch für Ältere; Zuverdienstmöglichkeiten
- bessere Erreichbarkeit der therapeutischen Angebote und Einrichtungen.

Handlungsempfehlungen und Vorschläge

Bezogen auf die *Entwicklung der Selbsthilfe und ihre Zukunft* lassen sich die Vorschläge der Befragten aus der Erhebung und einem Workshop im Juni 2011 in vier Themenbereiche zusammenfassen:

Verhältnis „Staat/Land – Selbsthilfe“

- „Selbsthilfe ist nicht dazu in der Lage, künftig wegfallende und bisher noch nicht vorhandene professionelle und institutionell abgesicherte Hilfeleistungen zu erbrin-

gen, sie sollte nicht als „Ersatz“ für Einrichtungen verstanden werden; dennoch sollte Selbsthilfe in einem Staat im gewissen Sinne „Pflicht“ sein, damit man auch auf sie als Form der zwischenmenschlichen Unterstützung bauen kann.

- Die öffentliche Präsentation und Darstellung der Selbsthilfe in Politik, Presse, Fernsehen sollte gefördert werden. Dabei wird erwartet, dass auch „Nischen“ für Betroffene Unterstützung finden, z.B. durch Kunstprojekte.
- Weitere Ausgestaltung und Fortführung der „Tage der seelischen Gesundheit“ (auch Förderung durch das Land Thüringen).
- Beim Vorhandensein mehrerer Anbieter soll derjenige den Vorzug erhalten, der seine Maßnahmen stärker an den Interessen der Betroffenen orientiert und ihre Einflussnahme auf die Ausgestaltung der Maßnahmen gewährleistet.“

Zur Organisation, Finanzierung, Rahmenbedingungen der Selbsthilfe

- „Erhalt und Ausbau der Selbsthilfe-Strukturen (z.B. Geschäftsstelle als Anlaufpunkt für Betroffene; Unterstützung bei Rechtsform, Vereinsgründung).
- Verlässliche Förderung der Selbsthilfe, die als gemeinwesenorientierte Aufgabe zu definieren ist.
- Verbesserung der finanziellen Ausstattung der in der Selbsthilfe Tätigen im Sinne der Aufwandsentschädigung; klare Regelung von Entschädigungsleistungen (Fahrtgeld etc.) für Mitglieder von Selbsthilfegruppen.“

Zum Verhältnis Selbsthilfe zur Professionsseite

- „Anerkennung der Leistung der Selbsthilfe, Einbindung in die Betreuung, Vernetzung von professionellen Angeboten und Selbsthilfegruppen auf „Augenhöhe“
- Mehr professionelle Begleitung; regelmäßige Einbeziehung von Fachkräften in Veranstaltungen der Selbsthilfe.
- Forderung und Unterstützung des Gesprächs zwischen Betroffenen/Angehörigen und Professionellen (Dialog) im Sinne auch von Anerkennung des Selbstbewusstseins der Psychiatrie-Erfahrenen.
- EX-IN – Experienced Involvement – (Befähigung Psychiatrie-Erfahrener als Beteiligte im psychiatrischen Versorgungssystem) fördern.“

Zur Frage der Vernetzung, Kooperation, zum Ausbau spezieller Angebote etc.

- „Psychiatrische Selbsthilfegruppen und Sucht-Selbsthilfegruppen sollten zusammenarbeiten.
- Zusammenarbeit der professionellen Seite mit den Selbsthilfe-Verbänden als Chance begreifen und nutzen, gemeinsame Antistigma-Arbeit.
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Kliniken – bessere Entlassungsvorbereitung.
- Ambulante Versorgung stabilisieren – erweitern, insbesondere Soziotherapie und häusliche psychiatrische Pflege, Projekte von Betroffenen für die eigene Gesundheit ermöglichen/schaffen/unterstützen.

- Qualifizierte Selbsthilfe und Psychoseminar fördern; Weiterbildungsangebote für Laienhelfer.
- Psychiatrie-Erfahrene sollen als Genesungsbegleiter vor allem in den gesprächsarmen Kliniken eingesetzt werden (EX-IN) oder aber dort Beratung anbieten.
- Wissenschaftliche Evaluation von Selbsthilfe.“

7 Zusammenfassung – Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklung – Handlungsfelder

Der Freistaat Thüringen hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten entschieden für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung engagiert. Seitens des zuständigen Thüringischen Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) sind dazu bisher u.a. zwei Berichte zur Neuausrichtung bzw. Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Land vorgelegt worden: Der *1. Thüringer Psychiatrieplan* aus dem Jahr 1994 beschrieb die Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung seit Neugründung des Freistaats und formulierte wesentliche Grundlinien und Ziele der Reform durch die damalige Landesregierung. Neben der Mängelbeseitigung im stationären Bereich ging es um den gezielten Aufbau komplementärer Hilfen. Zugleich wurde mit dem im gleichen Jahr in Kraft getretenen „Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen“ die rechtliche Grundlage für den gezielten Ausbau vor- und nachsorgender sozialpsychiatrischer Angebote geschaffen. Der *2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen (2002)* schrieb auf Basis einer damaligen Situationsanalyse die Grundsätze und Ziele des ersten Psychiatrieplans fort, eine Vielzahl von Handlungsvorschlägen zur Entwicklung der Versorgung und der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden auf- und dargestellt.

Grundlagen bzw. rechtliche Vorgaben für den nun 3. Thüringer Psychiatriebericht stellen zum einen die seit 2002 in Kraft getretenen *neuen Sozialgesetze* und die in den vergangenen Jahren verabschiedeten *Gesundheitsreformen* dar. Zum anderen sind Gesetze und internationale Übereinkommen zu berücksichtigen, die die Diskriminierung der *Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung* beseitigen sowie deren selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe herstellen sollen (vor allem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen, Allgemeines Gleichstellungsgesetz „Deklaration von Helsinki“ der WHO sowie die UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen). Schließlich sollten auch die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialminister- sowie der Gesundheitsministerkonferenz und das Ende 2008 in Kraft getretene Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen bei der Erarbeitung von Planungsaussagen und Handlungsempfehlungen berücksichtigt werden (s. ausführlich dazu auch Kapitel 3).

Vor diesem Hintergrund verfolgte die Erstellung des 3. Psychiatrieberichts vor allem folgende Zielsetzungen: 1. *Qualitative und quantitative Bewertung* des psychiatrischen und psychotherapeutischen (ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären) Versorgungsangebots in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaats Thüringen, wobei spezielle Bereiche wie z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie gesondert hervorgehoben werden. 2. Erarbeitung von *Schlussfolgerungen* und Benennung von *Schwerpunkten* für die künftige Entwicklung bis zum *Jahr 2020*.

7.1 Bewertungen der bisherigen Entwicklung und Rahmensetzungen für die Jahre bis 2010

Einleitend soll hervorgehoben werden, dass in den letzten beiden Jahrzehnten die Entwicklung mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen im Freistaat Thüringen positiv verlaufen ist: Auf allen Ebenen war bzw. ist hier ein hohes Engagement zu konstatieren, die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Richtung auf die gesetzten Ziele voranzutreiben – mit guten Fortschritten auf verschiedenen Handlungsfeldern, insbesondere gemessen an der Ausgangssituation vor ca. zwei Jahrzehnten. Generell kann bezogen auf die wesentlichen Maßstäbe (s. Kap. 3) Folgendes zunächst festgehalten werden:

1. Die *Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken* hat deutliche Fortschritte aufzuweisen, dazu hat die in Thüringen über Jahre hinweg erfolgte Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine medizinische Versorgung ebenso beigetragen wie die öffentlich unterstützte Wahrnehmung von psychischer Erkrankung als „normales“ Lebensschicksal. Wesentlich ist auch, dass die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen für die medizinische und psycho-soziale Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen heute nicht mehr einen Sonderstatus definieren, sondern vom Gedanken der Gleichberechtigung, Integration, Inklusion und Partizipation getragen werden.
2. Die *gemeindenaher Versorgung* konnte ebenfalls deutlich weiterentwickelt werden durch den erfolgten quantitativen und qualitativen Ausbau der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsbausteine (niedergelassener Bereich, Institutsambulanz). Allerdings bestehen weiterhin vor allem im niedergelassenen Bereich Versorgungsdisparitäten zwischen Stadt und Land sowie hinsichtlich der Funktionalität eines wesentlichen Elements gemeindenaher ambulanter psychiatrischer Versorgung, den Sozialpsychiatrischen Diensten.
3. Am Prinzip der *Ausrichtung der Versorgungsstruktur auf festgelegte regionale (Pflicht-)Versorgungsgebiete* wurde und wird weiter festgehalten. Auch dies dient der Dimensionierung von möglichst (wohnort-)nahen Hilfen für Betroffene, die sich aufgrund von Erkrankung und Behinderung nicht in jedem Fall selbst helfen können, damit realisiert sich auch ein Aspekt von Chancengleichheit. Der Frage der gleichmäßigen bzw. vergleichbaren Ausstattung der Versorgungsgebiete unter Zugrundelegung von Mindeststandards (z.B. durchschnittliche Entfernungen) sollte weiterhin ein wichtiger Stellenwert in der Diskussion zukommen.
4. *Ambulant vor stationär, teilstationär vor stationär*: Diesen Leitgedanken wurde in den letzten Jahren gezielt Rechnung getragen, mindestens gemessen an der Zunahme ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote. Allerdings ist auch die Inanspruchnahme stationärer Behandlung in den letzten zehn Jahren gestiegen, sodass die Leitgedanken auch für die Zukunft ihre volle Geltung haben. Die Prüfung, ob ambulante oder teilstationäre Behandlung Vorrang haben kann und soll, ist grundsätzlich am Einzelfall auszurichten. Förderlich können hierfür sektorübergreifende Kooperation und Steuerung zukunftsorientierter Ansätze wie z.B. Integrierte Versorgung und (regionales) Psychriatriebudget wirken.
5. *Personenzentrierte Versorgung, individuelle Hilfeplanung und gemeindepsychiatrische Verbände*: Hierzu hat die Erarbeitung des 3. Psychriatrieberichts ein eher ambivalentes Bild ergeben: In einigen Regionen haben sich hier in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gezeigt und realisiert, in anderen wird auf die dringend erforderliche Weiterentwicklung dieser Themen verwiesen. Zweifelsohne ist die Umsetzung der damit verknüpften Anforderungen nicht einfach, eine effiziente Gestaltung und Steuerung der Versorgung und bedarfsgerechte Zumessung von Hilfen erfordern jedoch weiterhin entsprechende Anstrengungen.
6. In analoger Weise gilt dies für die *lokale/regionale Kooperation und Koordination sowie Vernetzung*. Von vielen Leistungserbringern hervorgehobenen, positiv bewerteten Gegebenheiten stehen Defizite an anderen Stellen und auch übergreifend gegenüber. Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychriatriekoordination sind nicht in allen Landesteilen implementiert. Hier wird es insbesondere der Initiative auf kommunaler Ebene mit befördernder Wirkung durch das Land bedürfen.
7. Aus den schriftlichen Befragungen und Workshops ergeben sich keine Hinweise darauf, dass im Rahmen der psychiatrischen Versorgung den *Grundsätzen der Gleich-*

berechtigung von Mann und Frau, der Beachtung von kulturellen und Migrationsaspekten nicht Rechnung getragen wird.

8. Engagement und Beteiligung von *Selbsthilfegruppen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen* haben im Freistaat Thüringen eine hohe Bedeutung. Vorstellungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe wurden für den 3. Psychiatriebericht differenziert beschrieben, Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe waren z.B. an allen Workshops beteiligt.
9. Ebenfalls wird anerkannt, dass die Maßnahmen und Initiativen, die die Voraussetzungen dafür schaffen, dass psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen *gleichberechtigt* und soweit möglich *selbstbestimmt* am Leben in der Gesellschaft teilhaben, in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte erzielt haben. Dennoch besteht die Aufforderung generell, hier im Detail die Bemühungen in den einzelnen Sektoren zukunftsorientiert fortzuführen.

Die dargestellten Handlungsbedarfe und -felder sowie künftigen Schwerpunkte für die Jahre bis 2020 sollen in keiner Weise das Gesamturteil schmälern, dass der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen ein anerkannter Stellenwert zukommt und sie auch in ihrem bisherigen Ausbaugrad Vergleichen mit anderen Bundesländern standhält.

Im Unterschied zu den in den bisherigen Psychiatrieberichten 1994 und 2002 dargestellten Empfehlungen sollten sich diese jetzt – angesichts des bereits Erreichten – weniger auf den grundsätzlichen (Neu-)Aufbau und Ausbau richten, sondern für die kommenden Jahre sollten die Akzente und Schwerpunkte

- *gestaltungsorientiert* zugunsten einerseits der *Funktionalität, Qualität und Effektivität*, andererseits zugunsten *Herstellung und Erhalt eines in allen Regionen des Freistaats Thüringen auf Dauer gleichmäßigen Versorgungsgrades* gesetzt werden
- *und sich in der Dynamik der Entwicklung auf die bedarfsorientierte Weiterentwicklung, vor allem für besondere Betroffenenengruppen, die Vernetzung und Verbundbildung, die Steuerung und auf die Koordination und Kooperation der Leistungserbringung einschließlich Hilfeplanung und Fallsteuerung auf den verschiedenen Ebenen* richten.

In den folgenden Ausführungen werden dazu die wichtigsten Punkte sektorbezogen, des Weiteren im Hinblick auf bestimmte Themen und Bedarfssfelder – auf Basis der Kapitel 3, 4, 5 und 6 – zusammengefasst.

7.2 Rahmensetzungen für den Prognosezeitraum bis 2020

Die Aussagen für den Prognosehorizont bis 2020 nehmen generell auf folgende Rahmensetzungen Bezug (s. auch Kapitel 2):

- Es ist davon auszugehen, dass weiterhin die Inanspruchnahme der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen steigt, die Inanspruchnahmehürden wegen psychischer Erkrankung voraussichtlich auch weiterhin sinken werden.
- Besonderer Beobachtung und Beachtung bedürfen – auch aus präventiven Gesichtspunkten heraus – die Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichen sowie junger Erwachsener angesichts der sich aus epidemiologischen Untersuchungen ableitenden Auffälligkeitsraten; Entwicklungen hin zu faktischen Erkrankungsraten sollten vermieden werden bzw. die Maßnahmen dazu hohes Gewicht erhalten. Gleiches gilt für die Entwicklung im höher- und höchstaltigen Bereich. Unbestreitbar

den höchsten Zuwachs in der Erkrankungsrate wird demografisch bedingt die Demenz mit einer prognostizierten Zunahme von bis zu 40 % bis 2020 gegenüber heute haben. In Verbindung mit der Verschiebung der Alters- und Bevölkerungsstruktur (und voraussichtlich weiter wachsenden Anteilen an Single-Haushalten) werden sich alters- und strukturbedingt Morbidität und der damit einhergehende Behandlungs- und Betreuungsbedarf verändern.

- Hervorzuheben ist ebenfalls, dass nach derzeitigem Prognosestand die Gesamtbevölkerung im Freistaat Thüringen abnehmen wird – von derzeit ca. 2,24 Mio. auf 2,03 Mio., dies entspricht einer Abnahme um 9,3 %. Dies begründet u.a. die Empfehlung, die Zukunft weniger in einer Fortschreibung des quantitativen Ausbaus zu sehen als vielmehr gestaltungsorientierte und versorgungsdynamische Schwerpunkte zu setzen. Unterstrichen wird dies auch durch die Prognose der Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung, die einen absoluten und relativen Zuwachs der über 65-jährigen Bevölkerung und damit verknüpfter versorgungsstruktureller Fragen mit hoher Sicherheit wahrscheinlich werden lässt.
- Schließlich wird davon ausgegangen, dass der Ausschöpfung und Optimierung der bestehenden Ressourcen eine hohe Priorität zukommt. Diese Rahmensetzung ist nicht spezifisch auf die psychiatrische Versorgung ausgerichtet, sie gilt vielmehr auch für andere Hilfesysteme. Ursache hierfür ist u.a. die demografische Entwicklung in Verbindung mit dem Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung. Dieser betrifft auch die Frage des Personalnachwuchses und der (künftigen) Personalgewinnung für den psychiatrischen Versorgungsbereich. Hier haben die Leistungserbringer bereits ihre Sorge mindestens für einige Berufsgruppen (ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Pflegekräfte usw.) zum Ausdruck gebracht, sodass in den kommenden Jahren diesem Thema verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

7.3 Künftige Entwicklungsschwerpunkte in den einzelnen Versorgungssektoren

7.3.1 Ambulanter Sektor

Fachärztliche und fachpsychotherapeutische Versorgung

In den letzten zehn Jahren hat sich im Freistaat Thüringen die *fachärztliche und insbesondere fachpsychotherapeutische Versorgung* psychisch kranker Menschen deutlich verbessert. Diese positive Gesamtentwicklung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass deutliche regionale Versorgungsdisparitäten bestehen und lokal Unterversorgungen zu konstatieren sind.

Inwieweit wirkungsvolle Anreize gesetzt werden können, die Disparitäten und Unterversorgung zu beseitigen, ist nicht verlässlich abschätzbar. Das Eintreten der beabsichtigten, z. T. umstrittenen Wirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes, das Anreize setzen soll, die Niederlassung in der Fläche bzw. in statistisch unterversorgten Gebieten dauerhaft zu sichern, muss abgewartet werden.

Im Freistaat Thüringen sind bereits mehrere Initiativen ergriffen worden, die angesichts des drohenden Ärztemangels insbesondere in ländlichen Gebieten Abhilfe schaffen sollen: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen und die Krankenkassen stellen für bestimmte Regionen finanzielle Unterstützung in Form einer Investitionspauschale bei Praxis-Übernahme oder Praxisneugründung in Aussicht; die Tätigkeit von Praxisinhabern über die Altersgrenze 65 hinaus soll ebenfalls besonders honoriert werden. Das Land

selbst hat sein Darlehensprogramm „Thüringen-Dynamik“ aufgestockt, u.a. erhalten darüber Ärztinnen und Ärzte, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen, ein zinsgünstiges Darlehen. Schließlich haben der Freistaat Thüringen und die KV Thüringen eine „Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen“ gegründet, die sich verschiedene Ziele gesetzt hat, z.B. die Bindung junger Ärztinnen und Ärzte im Freistaat, die Unterstützung kommunaler Angebote zur Niederlassung in ländlichen Gemeinden u.a.m. zu fördern.

Der Handlungsbedarf zur Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Fläche ist groß. In Prognosen wird davon ausgegangen, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren insbesondere die hausärztliche, gefolgt von Teilen der fachärztlichen Versorgung eine erhebliche Ausdünnung erfahren wird. Diese prognostizierte Entwicklung wird von den befragten Einrichtungen aus allen Versorgungssektoren mit großer Sorge betrachtet. Da es in Anbetracht der wachsenden Konkurrenz der (ländlichen) Regionen in Deutschland um niederlassungswillige Fach- und Hausärztinnen/-ärzte sehr unsicher ist, ob das klassische Versorgungssystem mit *niedergelassenen* Fachärztinnen/-ärzten sowie Hausärztinnen/-ärzten in allen Teilen Thüringens die wachsenden Behandlungsbedarfe im Bereich psychischer Erkrankungen zufriedenstellend abdecken kann, müssen weitergehende strukturelle Lösungsoptionen ins Auge gefasst werden.

Wenngleich im KV-Bereich nicht allseits akzeptiert, kann z.B. die lokal begründete Schaffung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Verbindung mit Krankenhausstandorten hier ein (denkbarer) Lösungsansatz sein. Die Verbindung mit einem Krankenhaus macht ein MVZ attraktiv, sowohl für die Patientinnen/Patienten als auch für die Betreiber. Zusätzlich können dadurch ärztliche Ressourcen aktiviert werden, denn die Arbeitszeitgestaltung eröffnet auch Ärztinnen mit dem Wunsch zur Teilzeitbeschäftigung eine Perspektive. Dies ist insbesondere angesichts der zunehmenden Feminisierung des Arztberufs von Bedeutung.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Der im 2. Psychiatriebericht geforderte bedarfsgerechte Ausbau der *Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)* ist im Freistaat Thüringen erfolgt. Gemessen an der Bevölkerungsrelation ist die Versorgung mit PIA im Freistaat Thüringen überdurchschnittlich. Die damals erhobene Forderung: Klinik, Tagesklinik und Institutsambulanz organisatorisch in einer Trägerschaft zu führen, ist weitgehend erfüllt. Eine weitere Schaffung von dezentralen Institutsambulanzen sollte dort geprüft werden, wo es dringend notwendig ist, die regionalen Versorgungsunterschiede bzw. -defizite im Bereich der niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen/-ärzte zu kompensieren. Eine Forderung lautet: Als Reaktion auf die Entwicklung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sollte es möglich sein, dass „isolierte“ PIAs zugelassen werden, da dadurch eine Versorgung in der Fläche für die psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäuser möglich wird. Davon unberührt bleiben die Einschränkungen des Tätigwerdens von psychiatrischen Institutsambulanzen bezüglich der Indikationen bestehen.¹⁴⁸

148 Thüringische Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V. AG Krankenhauspsychiatrie, -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Brief vom 18. November 2011.

Sozialpsychiatrische Dienste

Der SpDi hat im lokalen psychiatrischen Versorgungssystem aufgrund seiner vielfältigen Aufgaben eine herausragende Stellung. Er besetzt die Schnittstelle zwischen ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Angeboten der Region. Dort hat er wichtige Beratungsfunktionen im Einzelfall eines psychisch kranken Menschen. Zusätzlich sind beim SpDi Koordinations- und Planungsaufgaben für die Weiterentwicklung des lokalen Versorgungssystems angesiedelt. Des Weiteren fungiert er als der staatliche „Arm“, der bei der Ausführung des ThürPsychKG im Zusammenhang mit Einweisungen hoheitliche Aufgaben wahrnimmt.

Die Ist-Analyse der Sozialpsychiatrischen Dienste im Freistaat Thüringen hat gezeigt, dass die Ausrichtung der personellen Ausstattung der Dienste an den Fachempfehlungen des TMSFG weiterhin nicht umgesetzt ist. Die Daten des Jahres 2010 legen den Schluss nahe, dass sich die Situation, insbesondere bei der Verfügbarkeit ärztlichen Personals, im Vergleich zum Jahr 2000 eher verschlechtert hat. Es ist dringend notwendig, dieser Entwicklung entgegenzusteuern. Die Zielsetzung muss lauten, die personelle Ausstattung der SpDi und damit die Aufgabenwahrnehmung des SpDi zu stärken – und zwar kurzfristig, mit zwei bis drei Jahren Realisierungshorizont. Ansonsten wird die Möglichkeit zur Aufgabenerfüllung gemäß ThürPsychKG weiterhin ausgehöhlt.

Der Stellenwert des SpDi im kommunal verantworteten Aufgabengeflecht muss (wieder) gestärkt werden. Es muss klargestellt werden – und zwar von Landesseite –, dass die Leistungen des SpDi nicht zu den disponiblen Aufgaben gehören, über die die kommunale Verwaltung „nach Kassenlage“ entscheiden kann. Erste Krisensymptome (wie die steigende Zahl von ThürPsychKG-Einweisungen und Kriseninterventionen) belegen die Notwendigkeit einer solchen Neubesinnung.

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Der erreichte Ausbaugrad kann als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden. Handlungsbedarfe liegen hier vor allem in der qualitativen Weiterentwicklung des Angebots in Verbindung mit der Sicherung der entsprechenden Personalausstattung.

Ambulante psychiatrische Pflege

Von nahezu allen befragten Versorgungsbeteiligten wird die Forderung erhoben, die seit 2005 bestehende sozialrechtliche Möglichkeit zur Errichtung ambulanter psychiatrischer Pflege zu nutzen. Diese Erwartung richtet sich insbesondere an die Träger ambulanter Pflege vor Ort, hier entsprechende Initiativen – ggf. in Kooperation mit den bestehenden anderen lokalen Facheinrichtungen – zu ergreifen oder zu intensivieren.

7.3.2 Stationärer und teilstationärer Sektor

Der *Ausbaugrad* der stationären und teilstationären Versorgung im Freistaat Thüringen kann sowohl hinsichtlich der Entwicklung seit dem 2. Psychiatriebericht als auch aktuell als *gut* charakterisiert werden. Dies gilt auch, soweit Vergleichszahlen herangezogen werden konnten, mit Blick auf das Bundesgebiet. Von daher besteht hier für die Zukunft kein quantitativ vordringlicher Entwicklungs- und Handlungsbedarf.

Es wird jedoch darauf ankommen, dass das qualitative Versorgungsniveau erhalten wird. Mit Blick auf die Zukunft ist das Thema „*Personalgewinnung*“ zu unterstreichen. Hier besteht seitens der Einrichtungen eine z.T. skeptische Einschätzung, ob dies künftig in allen Landesteilen gelingen wird. Umso mehr ist es erforderlich, bereits heute entsprechend zu agieren und die Personalgewinnung systematisch und vorausschauend in Angriff zu nehmen.

Die Funktionalität des stationären und teilstationären Bereichs sowie die Erhaltung der Effektivität seiner Behandlungsleistungen werden nicht zuletzt davon abhängen, welche *Funktionalität dem (vor- und) nachstationären Geschehen* zukommt. Diese wird als weiterentwicklungsbedürftig angesehen, denn greifen ambulante, außerklinische, tagesstrukturierende etc. Hilfen nicht, so sind Wiederaufnahmen wahrscheinlich. Die Vorschläge aus Sicht des stationären/teilstationären Bereichs richten sich deshalb vor allem auf Folgendes:

- Abwehr eines drohenden Fachärztemangels im ambulanten Bereich und in der Fläche; hierzu hat das Land bereits zusammen mit der KV Initiativen ergriffen (wie in den Empfehlungen zum Ambulanten Sektor oben bereits benannt), die weiter umzusetzen sind. Die nahtlose nachstationäre ambulante Behandlung ist in jedem Fall erfolgsfördernd.
- Verbesserte (fachärztliche) Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste als Instanz der Vermittlung, Koordination und Steuerung in Kooperation mit dem stationären Bereich; wie in den Empfehlungen zu den SpDi niedergelegt, ist hier die kommunale Ebene aufgefordert, den gesetzlichen Anforderungen Rechnung zu tragen.
- Im stationären/teilstationären Bereich wurden die Verweildauern in den letzten zehn Jahren deutlich gesenkt; die geplante Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d KHG lässt erwarten, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Eine entsprechende Ausstattung der jeweiligen (Pflicht-)Versorgungsgebiete mit außerstationären, tagesstrukturierenden, beschützenden, pflegenden und beschäftigungsorientierten Möglichkeiten und Hilfen ist folglich von erheblicher Bedeutung. Der Freistaat Thüringen weist hier insgesamt eine differenzierte Ausstattung auf, es kommt darauf an, diese in den kommenden Jahren qualifiziert zu erhalten und in wenigen Regionen noch Lücken zu schließen. Besonderer Stellenwert wird aus stationärer Sicht der beschäftigungs- und arbeitsbezogenen Wiedereingliederung zugewiesen.
- Die bedarfsgerechte Ausstattung mit Einrichtungen, Diensten und Hilfen ist eine notwendige Voraussetzung für eine „gute“ psychiatrische Versorgung. Hinzukommen muss eine effektivere Kooperation. Folglich ist aus stationärer Sicht die bessere Vernetzung und Koordination der Facheinrichtungen und der Ausbau der Psychiatriekoordination zu unterstreichen.
- Der Blick auf die flächenbezogene Abdeckung des Landes mit stationären und teilstationären Einrichtungen zeigt, dass hier in den letzten zehn bis 20 Jahren erhebliche Fortschritte zu verzeichnen sind. In nahezu allen Gebietskörperschaften finden sich heute stationäre/teilstationäre Facheinrichtungen angesiedelt, die Landkreise Sömmerda und Schmalkalden-Meiningen werden diesbezüglich durch benachbarte Einrichtungen versorgt. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sind planerisch i.d.R. mehrere Gebietskörperschaften einer Facheinrichtung zugeordnet. Hier wurde darauf verwiesen, dass dies zu unterschiedlichen Anfahrtswegen führt. Ein geforderter anderer Zuschnitt der Pflichtversorgungsgebiete wird dies in einem Flächenstaat nur in Grenzen ändern können. Empfohlen wird, die Pflichtversorgungsgebiete dann

ggf. zu ändern, wenn über einen Mehrjahreszeitraum nachgewiesen werden kann, dass systematisch Kinder und Jugendliche in den versorgungspflichtigen Kliniken unterrepräsentiert sind gemessen an ihrem bevölkerungsbezogenen Anteil am jeweiligen Landkreis, der von der Klinik zu versorgen ist. Ein Einjahreszeitraum oder das Erhebungsjahr 2010 ist hierfür als Beurteilungsbasis zu schmal.

Ein besonderes Augenmerk wird weiterhin auf *Erhalt und Weiterentwicklung sektorübergreifender Behandlungsformen* gelegt. Neben der bereits guten Verzahnung der stationären und teilstationären Versorgung – mit Akzent auch künftig auf dem Vorrang teilstationärer vor stationärer Versorgung, wo immer möglich – soll patientenbezogen auch die Institutsambulanz noch mehr als bisher als Teil eines Gesamtkonzepts fungieren. Da hier unterschiedliche Rechts- und Finanzierungsgrundlagen vorliegen, sollte – im Sinne eines „Behandlungs-Gesamtplans“ – der Gedanke eines (*regionalen*) *Psychiatrie-Budgets* weiterverfolgt werden. Es kann – auch in Ansehung aller damit verknüpften Hürden – empfohlen werden, diesen Gedanken weiter systematisch und ggf. modellhaft bezogen auf eine Region aufzuarbeiten und mindestens Voraussetzungen für dessen Umsetzung systematisch zu benennen. Die Erfahrungen des Psychiatriebudgets in Nordhausen sollten dazu gezielt kommuniziert und ausgewertet werden.

7.3.3 Komplementärer Bereich

Analog zu den ambulanten, teil- und vollstationären Sektoren konnten auch die wesentlichen komplementären Angebotsbausteine im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat Thüringen in den letzten Jahren sowohl quantitativ als qualitativ weiterentwickelt werden. Dabei können folgende handlungsfeldbezogene Entwicklungen besonders hervorgehoben werden:

- Orientiert an den Vorschlägen des 2. Psychiatrieberichts wurden landesweit vor allem die *ambulanten (Wohn-)Angebote* entsprechend des gesetzlichen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaats Thüringen erheblich ausgebaut.
- Parallel dazu konnten im Bereich Arbeit und Beschäftigung die *Werkstätten für behinderte Menschen* entfaltet und – orientiert an den Bedarfslagen und Interessen der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen – spezifische Angebote und Maßnahmen für diesen Personenkreis entwickelt und sukzessive ausdifferenziert werden. Außerdem wurden in einigen Kommunen als Alternative (bzw. Ergänzung) zu den WfbM Integrationsprojekte sowie Zuverdienstfirmen geschaffen.
- Schließlich wurden – wie aus der durchgeführten Situationsanalyse hervorgeht – in fast allen Kommunen des Freistaats Thüringen *Tagesstätten* eingerichtet.

Trotz der im komplementären Bereich in den vergangenen Jahren erzielten Fortschritten ergeben sich – abgeleitet aus festgestellten Versorgungsdefiziten und neueren fachlichen Entwicklungen – in den Handlungsfeldern Wohnen, Arbeit/Beschäftigung sowie Tagesstrukturierung Entwicklungsbedarfe, die in den nächsten Jahren aufgegriffen werden sollten. Dazu gehören:

1. Anknüpfend an die Leitgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention (u.a. Selbstbestimmung, volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft) sowie des im SGB XII verankerten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollte auch zukünftig der im Freistaat Thüringen eingeschlagene Weg der „*Ambulantisierung*“ der (Wohn-)Angebote fortgesetzt werden. Wichtig ist dabei allerdings, dass *spezifische Bedarfe*

einzelner Zielgruppen (insbesondere der jüngerer, verhaltensauffälliger Personen sowie älterer chronisch psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen) besonders berücksichtigt werden.

2. Darüber hinaus sollten die Träger größerer *stationärer Wohneinrichtungen* die in den vergangenen Jahren begonnenen *Dezentralisierungsbemühungen* insbesondere auch mit Blick auf *Menschen mit höherem Hilfe- und Unterstützungsbedarf* intensivieren.
3. Im Bereich *Arbeit und Beschäftigung* sollten künftig vor allem seitens der Träger der WfbM die Anstrengungen verstärkt werden, um einem größeren Teil der Werkstatt-Beschäftigten den *Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt* zu ermöglichen. In Übereinstimmung mit der in den letzten Jahren geführten Fachdiskussion gehören dazu vor allem folgende Maßnahmen: (interne und externe) Praktika, bedarfsgerechter Ausbau ausgelagerter (Gruppen- und Einzel-)Arbeitsplätze, Umsetzung von Angeboten im Rahmen sonstiger Beschäftigungsstätten, unterstützte Beschäftigung etc.

Die genannten Maßnahmen setzen allerdings (auch) eine stärkere Bereitschaft privater Unternehmen, Behörden und anderer Institutionen voraus, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen und angemessene Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen.
4. Obwohl die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Schaffung von *Integrationsbetrieben bzw. -projekten sowie Zuverdienstfirmen* schwierig sind, sollte künftig verstärkt versucht werden, weitere Betriebe dieser Art – auch als Alternative zu den WfbM – aufzubauen. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund des zukünftig zu erwartenden steigenden Bedarfs an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.
5. Zudem sollten die *Tagesstätten* für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in den Kommunen des Freistaats Thüringen bedarfsgerecht ausgebaut und das Angebotsspektrum insbesondere im Hinblick auf die Arbeits- und Beschäftigungsangebote qualitativ weiterentwickelt werden. Auch die Übergänge zu anderen Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen sollten verbessert werden.
6. Mit Blick auf die Zielgruppe der *älteren, u.a. aus den WfbM ausscheidenden, psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen* sollte im Freistaat Thüringen – gemeinsam mit den Leistungsanbietern und Leistungsträgern – eingehender analysiert werden, welche *Bedarfslagen und konzeptionellen Vorstellungen* zukünftig mit Blick auf den genannten Personenkreis bestehen. In Verbindung hiermit wäre auch zu prüfen, ob und inwieweit eine gemeinsame Nutzung bereits vorhandener Angebote (z.B. der *offenen Altenhilfe*) zweckmäßig ist.

Da die (mittel- und langfristige) Realisierung der beschriebenen Handlungsvorschläge nur kooperativ unter Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren (u.a. Betroffene/Psychiatererfahrene, Leistungsträger, Wohnangebote, WfbM und ihre Träger, Kommunen, Unternehmen etc.) gelingen kann, schlagen FOGS/ceus consulting folgende (aufeinander) aufbauende *Umsetzungsschritte* vor:

- Im Verlauf des nächsten Jahres könnte das TMSFG (möglichst in Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat für Psychiatrie) eine *Fachtagung* veranstalten, in deren Mittelpunkt folgende Thematik stehen könnte: Konsequenzen und Implikationen des 3. Psychiatrieberichts für die Weiterentwicklung der komplementären Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen vor allem in den Handlungsfeldern Wohnen, Arbeit/Beschäftigung und Tagesstrukturierung.

- In einem zweiten Schritt könnten – möglicherweise als ein wichtiges Ergebnis der Fachtagung – *drei Arbeits- bzw. Projektgruppen* unter Federführung des TMSFG eingerichtet werden. Eine wesentliche Aufgabe dieser Gremien würde darin bestehen, *zukunftsweisende Eckpunkte/Leitlinien zur Weiterentwicklung der komplementären Versorgung* insbesondere in den Bereichen Wohnen, Arbeit/Beschäftigung und Tagesstrukturierung – ausgehend von veränderten Rahmenbedingungen (u.a. Reform der Eingliederungshilfe, UN-Behindertenrechtskonvention) – zu entwickeln.

Die (personelle) Zusammensetzung der Arbeits- und Projektgruppen sollte sich an den wichtigsten Akteuren der jeweiligen Handlungsfelder orientieren.

- In einem dritten Schritt könnten zur Weiterentwicklung der komplementären Versorgungsstrukturen seitens des TMSFG auch einzelne *Modellprojekte* (z.B. im Hinblick auf tagesstrukturierende Angebote für aus den WfbM ausscheidende, psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen) gefördert werden.

7.3.4 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat sich im Freistaat Thüringen seit dem 2. Psychiatriebericht im Jahr 2000 deutlich verbessert. Das Angebot an niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von acht auf 14 Praxen gewachsen; die Anzahl der ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten hat sich verachtfacht (von sieben auf 56) und es sind weitere Institutsambulanzen entstanden. Die bereits im Jahr 2000 bestehenden sechs Krankenhausstandorte/Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ausgebaut worden, die Zahl der Tageskliniken hat sich von sechs auf jetzt acht erhöht. Trotz deutlicher Ausweitung der ambulanten und teil-/stationären Behandlungskapazitäten weist die Gesamtversorgung noch qualitativ-strukturelle Mängel auf.

Bereitstellung wohnortnaher kinder-/jugendpsychiatrischer fachärztlicher Kompetenz

Spezialisierte Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten möglichst *wohnortnah* vorhanden und *kurzfristig zugänglich* sein, dies ist in mehreren ländlichen Gebieten des Freistaats Thüringens aktuell nicht gewährleistet. Um diese Situation (kurzfristig) zu verbessern, sind verschiedene *Vorschläge* in der Diskussion, die prüfenswert sind:

- Einbindung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten in die ambulante Akut-/Notfallversorgung; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten sollten auch kurzfristig aufsuchbare Sprechstunden anbieten.
- Anzahl und regionale Verteilung der Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten über ein System finanzieller Anreize gesteigert bzw. beeinflusst werden, wenn möglich über die Instrumente des Versorgungsstrukturgesetzes hinausgehend, getragen oder unterstützt durch eine darauf ausgerichtete Stiftung. Falls es aufgrund der in bestimmten Regionen nicht zu beseitigenden Mangelsituation in der ambulanten fachärztlich-psychiatrischen Versorgung zur Gründung von MVZ kommt, ist zu prüfen, ob dort auch kinder-/jugendpsychiatrische ärztliche Kompetenz angesiedelt werden kann.
- Der Zuschnitt der Pflichtversorgungsgebiete sollte noch einmal auf Verbesserungspotenziale hin überprüft werden. Es sollte auch erwogen werden, durch Außenstellen der Tageskliniken und Institutsambulanzen in ländlichen, nachweislich unterversorg-

ten Regionen die dringendsten Behandlungsbedarfe „abzufangen“ und so schnell verfügbare Erstkontaktmöglichkeiten zu schaffen.

Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und Schule

Die Zusammenarbeit der Verantwortlichen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Schule wird auch im Freistaat Thüringen (wie vielerorts in Deutschland) als unzureichend kritisiert. Notwendige Verbesserungen werden insbesondere im Hinblick auf eine adäquate Versorgung der wachsenden Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf gesehen. Junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf sind in ihrer personalen *und* sozialen Entwicklung beeinträchtigt und benötigen deshalb fachlich qualifizierte Beratung und Unterstützung verschiedenster Art. Praktiker aus den Einrichtungen berichten, dass die Problemlagen häufig tiefgreifend und vielschichtig sind (sozioökonomische Problemsituation, Suchtprobleme, familiäre Konfliktlagen etc.), dass einzelne Hilfesysteme oder Professionen diese Herausforderungen i.d.R. nicht isoliert bewältigen können.

Es gibt in Deutschland inzwischen eine große Anzahl von Projekten und Modellversuchen, die praktisch erproben bzw. erprobt haben, wie die Verbesserung der Zusammenarbeit generell und bei besonders schweren Fällen erreicht werden kann. Auch im Freistaat Thüringen ist ein solches Projekt in vier Kommunen durchgeführt worden.¹⁴⁹ Die Aktion Psychisch Kranke¹⁵⁰ hat kürzlich einen Sammelband herausgegeben, in dem innovative Modellprojekte beschrieben werden, die für die Entwicklung in den Regionen Thüringens Anstöße geben können.

Es wird empfohlen, im Freistaat Thüringen die *verbindliche Kooperation und Koordination* von Professionen und Einrichtungen/Diensten an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Schule staatlicherseits zu fördern und anzustoßen. Dies muss auf *Basis einer ressortübergreifenden Initiative* in Angriff genommen werden.

Der Einstieg sollte mit gezielt aufgelegten und übergreifend koordinierten/evaluierten Modellprojekten erfolgen, die so ausgelegt sind, dass sie die *Bandbreite der regionentypischen* Problemlagen (Stadt, Land, unterschiedliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdichten) in Thüringen abbilden. Ziel sollte sein, im Rahmen der Palette der Modellprojekte tragfähige *Lösungsmuster für die Regionentypen* Thüringens zu entwickeln, die evaluiert werden und dann landesweit passgenau ausgerollt werden können.

Prävention

Zukünftig sollte der Freistaat Thüringen – so die Empfehlung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops „Kinder- und Jugendpsychiatrie“- besonderen Wert auf die „*Prävention*“ krisenhafter Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter legen und so psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen möglichst vorbeugend begegnen.

149 Modellprojekt „Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in vier Kommunen des Freistaats Thüringen in "Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht - für die Jugendhilfe in Thüringen", Thüringer Landtag, 5. Wahlperiode, Drucksache 5/18887 vom 19.11.2010, S. 65.

150 Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe“, 2010, mit vielen innovativen Modellprojekten.

Wenn diese Forderung über den Charakter eines unverbindlichen Appells hinausreichen soll, muss eine Reihe von Klärungsprozessen durchlaufen werden, bevor in ihrer Wirkung zweifelhafte Maßnahmen initiiert und umgesetzt werden. Beispielhaft für vorab zu Klärendes seien folgende Fragen aufgeführt: Welche Formen von Prävention sind gemeint? Wie und durch wen getragen und finanziert findet Prävention heute statt? Wo liegen die größten Erfolgchancen für Prävention?

Zur fachlichen Klärung dieser Fragen sollte der Freistaat Thüringen eine interdisziplinäre Kommission „*Zukünftige Ausgestaltung der Prävention kinder-/jugendpsychiatrischer Erkrankungen in Thüringen*“ einberufen.

Abstimmung der Planungsprozesse

Die *Abstimmung der Planungsprozesse* von Angeboten für behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen des SGB XII sollte gezielt mit den Planungen der Kinder- und Jugendhilfe verknüpft werden. Dabei wird auch zu prüfen sein, ob und wie tatsächlich die Bedürfnisse der behinderten Kinder und deren Familien Berücksichtigung finden. Für die Verschränkung dieser Planungsprozesse muss eine Lösung gefunden werden.

Bedarfsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“

Besondere Beachtung ist zukünftig nach übereinstimmender Fachmeinung der Bedarfsgruppe „*Kinder psychisch kranker Eltern*“ zu widmen. Es wird vorgeschlagen, zwei psychiatrische Kliniken im Freistaat Thüringen für die Durchführung eines Modellprojekts „*Begleitung und Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern*“ zu gewinnen. Darüber hinaus sollten Angebote (Initiativen), die sich außerhalb des klinischen Settings mit der Gruppe *Kinder psychisch kranker Eltern* beschäftigen, unterstützt werden, z.B. „Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern“, die sich getragen/initiiert von der PSAG organisieren und Anlaufstelle für die Betroffenen sein können. Die umfangreichen und aktuellen Informationssammlungen und Tagungen der Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ (BAG) sollten genutzt werden, um beispielhafte Aktivitäten für die Regionen Thüringens zu entwickeln.

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ regten an, für die *Gestaltung des Übergangs von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie* Maßstäbe und Bewertungskriterien zu entwickeln. Auch aus Sicht von FOGS/ceus consulting ist die Verbesserung dieser Kooperation wichtig. Gleichwohl ist dies vorrangig eine Aufgabe der behandelnden Kliniken und Fachärztinnen/-ärzte sowie deren Qualitätsmanagement.

7.3.5 Gerontopsychiatrische Versorgung

Betrachtet man die Situation seit dem 2. Psychiatriebericht, so haben sich Verbesserungen ergeben: Behandlungs- und Betreuungsangebote haben quantitativ betrachtet zugenommen, damit hat sich auch prinzipiell die Möglichkeit für über 65-jährige psychisch kranke Menschen erhöht, Behandlung, Hilfe und Unterstützung zu finden. Insgesamt betrachtet besteht jedoch weiterer Entwicklungsbedarf auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie. Es mangelt keinesfalls – weder zum Zeitpunkt des 2. Psychiatrieberichts noch aktuell (s.o. in Kapitel 5 den Abschnitt 5.2 zur Gerontopsychiatrie) – an Vorschlägen, wie und wodurch diese verbessert werden könnte, ebenso hat der Freistaat Thüringen im Bereich Senioren-

hilfe bereits Initiativen gefördert und Maßnahmen dazu ergriffen. Von daher kann auf einem bestimmten konzeptionellen und Ausstattungsniveau bereits aufgesetzt werden.

Die Vorschläge lassen sich zu folgenden Empfehlungen verdichten:

a) Kurzfristig aufzugreifende Empfehlungen:

- Steuerung der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen auf (haus- und fach-)ärztlicher Ebene: Empfohlen wird, auf Landesebene mit Landesärztekammer und KV zu erörtern, wie gerontopsychiatrischen Erkrankungen und der Demenz im niedergelassenen Bereich aktuell begegnet, wo dort die hauptsächlichen Probleme gesehen werden und wie diesen in ggf. gemeinsamen Aktionen optimiert begegnet werden kann.
- Analyse und Auswertung der institutionellen Kooperation und patientenbezogenen Zusammenarbeit zwischen den somatischen Kliniken und der internistisch-geriatrischen einerseits sowie den psychiatrischen Kliniken und der gerontopsychiatrischen Kompetenz andererseits. Diese Empfehlung steht im Einklang mit dem Dritten Geriatrieplan im Rahmen des 6. Krankenhausplans: Wenn dort eine Weiterentwicklung der Kooperation Geriatrie-Psychiatrie empfohlen wird, so sollten die Grundlagen hierfür transparent gemacht werden. Vorgeschlagen wird deshalb z.B. die Institutionalisierung eines regelmäßigen Fachaustausches zwischen einschlägig tätigen somatischen und psychiatrischen Kliniken.
- Fortführung des Ausbaus von Pflegestützpunkten (wie bereits vom TMSFG geplant).
- Fortführung der Information der Bevölkerung – durch Land und Kommunen – über Angebote für ältere psychisch kranke Menschen oder an Demenz leidende Personen, welche Beratung und Hilfen an welchen Stellen zur Verfügung stehen.
- Förderung der Qualifizierung der komplementären Einrichtungen für detaillierte Fragestellungen der Gerontopsychiatrie – durch die Träger und Trägerverbände.

b) Allgemeine Empfehlung: Mittelfristiger Handlungsplan und Prioritätensetzung

Aufgrund der aufgezeigten vielfältigen Verflochtenheit der Versorgung psychisch kranker alter Menschen und aufgrund der bevölkerungsbezogenen Dimension erscheint es angezeigt, für das Land Prioritäten zu entwickeln, welchen Weg die gerontopsychiatrische Versorgung *mittelfristig*, in den nächsten fünf bis zehn Jahren, einschlagen soll. Dazu wird empfohlen, *übergreifend, auf Landesebene bzw. mit breiter Beteiligung einschließlich der Einrichtungs- und Leistungsträger der Seniorenhilfe und den jeweiligen Expertinnen und Experten eine „Task Force“ oder Kommission einzurichten, die in einem und für einen gesetzten Zeitrahmen eine konzeptionell gestützte Programmatik erarbeitet, mit welchen Inhalten und Zielsetzungen eine optimierte gerontopsychiatrische Versorgung bzw. ein geriatrisch-gerontopsychiatrisches Netzwerk – und mit welcher Steuerung vor Ort durch wen – umsetzungsorientiert entwickelt und erreicht werden kann. Ziel sollte sein, innerhalb einer Schrittfolge prioritäre Zielsetzungen zu formulieren und entsprechende Zeit-/Stufen-folgen der Umsetzung festzulegen.*

Dieser Vorschlag wird für die Landesebene unterbreitet. Es ist deshalb angezeigt, dass sich die zur Erarbeitung vorgeschlagene Programmatik und Priorisierung z.B. an den Überlegungen orientieren könnte, die die „Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden“ für die Gesundheitsministerkonferenz bereits im Jahr 2007 zur

„Psychiatrie in Deutschland“ und speziell zur „Weiterentwicklung des gerontopsychiatrischen Versorgungsteams“ gemacht hat:¹⁵¹

1. Qualifizierung der Hausärztinnen/-ärzte
2. Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Kompetenz durch gerontopsychiatrische Konsile in den Allgemeinkrankenhäusern
3. Kooperation von Instituts- und/oder Schwerpunktambulanzen mit Leistungsanbietern der Betreuung und Pflege
4. Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Integrierten Versorgung
5. bedarfsgerechter Aufbau von niedrigschwelligen Beratungsangeboten für ältere Menschen und pflegende Angehörige
6. flächendeckende Umsetzung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege
7. Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse seelisch Behinderter in einem noch zu verabschiedenden Präventionsgesetz
8. Schaffung von ökonomischen Anreizen im Sinne der Unterstützung des Teilhabegedankens (lebensfeldorientierte – ambulante statt institutionelle – stationäre Hilfen)
9. Förderung der Forschung mit direktem Praxisbezug.

Die seitens der AG Psychiatrie der Landesgesundheitsbehörden benannten Punkte beruhen ihrerseits auf einer Palette von Initiativen zugunsten qualifizierter gerontopsychiatrischer Versorgung, die im Bundesgebiet vorfindbar sind.¹⁵² Dazu zählen lebensfeldorientierte Ansätze wie das „Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ und „Forum Demenz“ in Wiesbaden mit dem Ziel der Schaffung sektorübergreifender Versorgungsformen; das Projekt FUGE („Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte“) in Esslingen hat zum Ziel, Ehrenamtlichkeit und Professionalität zu diesem Zweck zu verknüpfen; schließlich gibt es an Standorten von Kliniken auch unterschiedliche Varianten der Kooperation von somatischen Fächern mit psychiatrischen Fachkräften im Rahmen von regelmäßigen Konsilen, gemeinsamen Fallkonferenzen sowie Liaisondiensten, die zum Ziel haben, mit gemeinsamer Expertise den richtigen Behandlungs- und Betreuungsweg für Erkrankte festzulegen. All diese Erfahrungen und Erkenntnisse sollten in eine zu erarbeitende Programmatik für die künftige Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen Eingang finden.

Natürlich müssen einzelne Maßnahmen weiter befördert werden; es sollte jedoch auch darauf Wert gelegt werden, dass gerade angesichts des demografisch bedingten Handlungsbedarfs im und für den Freistaat Thüringen *übergreifend* festgelegt wird, welchen aufgezeigten Vorschlägen – im Expertenkonsens der Psychiatrie, der Seniorenhilfe und der Leistungsträger – Priorität eingeräumt wird, an welchen Stellen insbesondere die gerontopsychiatrische Versorgung in den nächsten Jahren weiterentwickelt werden soll und welche Ebene mit welcher Zuständigkeit und Verantwortung dies betreiben soll.

151 Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007, S. 78.

152 Vgl. Aktion Psychisch Kranke (APK), 2009.

7.3.6 Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug des Freistaats Thüringen ist der Aufbau der notwendigen stationären Behandlungskapazitäten abgeschlossen. Hier sind aus heutiger Sicht keine weiteren Maßnahmen notwendig.

Ein wichtiges zukünftiges Handlungsfeld stellt der weitere Ausbau der *forensischen Ambulanzen* dar. Mit ihrer Hilfe sollte es gelingen, das noch bestehende Wachstum der stationären Belegung zu dämpfen und mittelfristig ein Gleichgewicht zwischen Aufnahmen und Entlassungen herzustellen. Dazu ist es notwendig, die Erbringung (Konzeption, Leistungen, Qualitätsstandards) und die Finanzierung der Ambulanzleistungen in stärkerem Maße als bisher vertraglich zwischen Land und Einrichtungen zu fixieren. Auch das bisher installierte, uneinheitliche Finanzierungsmodell der Ambulanzen gehört in diesem Zusammenhang auf den Prüfstand.

Die vereinzelt geäußerte Idee, für Personen mit schweren psychiatrischen und hirnorganischen Erkrankungen, für die absehbar keine Therapiefortschritte zu erzielen sind, *außer-klinische Versorgungsstrukturen* zu schaffen, sollte nur in Form einer *integrierten Lösung* umgesetzt werden. Gesonderte Spezialangebote (etwa geschlossene Heime allein zur Betreuung dieser Personen) sollten nicht errichtet werden. Erste Voraussetzung für eine außerklinische Unterbringung ist, dass für diese Patientinnen/Patienten die Sicherungsvorkehrungen und -abläufe der MRV-Kliniken nicht mehr notwendig sind. Wenn für diese Patientinnen/Patienten dann trotzdem aus rechtlichen oder anderen Gründen die Maßregel nicht zur Bewährung ausgesetzt werden kann, bleibt letztlich nur das Instrument der langfristigen Beurlaubung, um sie in heimähnliche Strukturen zu überführen. Es ist Aufgabe des Freistaates Thüringen und der Klinikträger, geeignete Heimträger für die Bereitstellung solcher integrierter Angebote zu gewinnen.

Von den Leistungsmerkmalen des Maßregelvollzugs (hohe Lockerungsquote, niedrige Anzahl von Entweichungen) her gesehen, realisiert der Freistaat Thüringen einen im Ländervergleich hohen Standard. Dieses hohe Niveau wird mit einer im Ländervergleich hohen Personaldichte erreicht, die durch ein deutlich über dem Länderdurchschnitt liegendes Tagesentgelt je Patientin/Patient finanziert wird.

Ziel der thüringischen *Maßregelvollzugspolitik der nächsten Jahre* muss sein, unter Beibehaltung des erreichten Leistungsstandards, aller Qualitätsanforderungen und Sicherheitsstandards die Unterbringungsdauern nach und nach zu senken. Um dies zu erreichen, müssen die Gerichte gewonnen und die Richterschaft von der Leistungsfähigkeit der forensischen (Nachsorge-)Ambulanzen überzeugt werden. Ein Beispiel dafür, dass dies gelingen kann, ist Hessen. Die notwendigen strukturellen Voraussetzungen zur *Absenkung der Unterbringungsdauern* liegen im konsequenten Ausbau der ambulanten forensischen Behandlungskapazitäten und einer hohen und qualifizierten Therapiedichte in den Maßregelvollzugs-Kliniken. Wenn es gelingt, die Unterbringungsdauern spürbar zu senken, lassen sich auf Dauer die vergleichsweise hohen Tagesentgelte in Thüringen rechtfertigen; denn nur dann fallen trotz hoher Tagesentgelte in der Gesamtbetrachtung die Fallkosten günstig aus.

7.3.7 Schnittstelle zur Suchtkrankenhilfe

Die psychiatrische Versorgung einerseits sowie die Suchtkrankenhilfe andererseits verfügen über unterschiedliche Traditionen und weisen nach Art und Größe z.T. sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf. Deswegen hat sich der Freistaat Thüringen auch in den Jahren 2001/2002 dazu entschieden, unterschiedliche Planungsgrundlagen für bei-

de Hilfesysteme vorzulegen: den 2. Psychiatriebericht (2002) sowie den Bericht „Sucht-
krankenhilfe und Drogenbekämpfung in Thüringen“ (2003).

Trotz der z.T. bestehenden Unterschiede im Versorgungsauftrag wird ein erheblicher Teil
suchtgefährdeter und -abhängiger Personen sowie von Menschen mit psychiatrischen
(Ko-)Morbiditäten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangeboten
behandelt, sodass der (engen) Kooperation zwischen Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe
weiterhin ein großer Stellenwert zukommt.

Trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme, divergierender organisatorisch-institutio-
neller Rahmenbedingungen sowie der sich z.T. erheblich unterscheidenden Behand-
lungstraditionen und -dynamiken, Haltungen und (Fach-)Sprachen bestehen Handlungs-
bedarfe mit Blick auf Vernetzung. Zentrale Ansatzpunkte hierfür können auf folgenden
Ebenen gesehen werden:

- Festlegung klarer Zuständigkeiten im (regionalen) Versorgungssystem
- verbindliche Verfahrensabsprachen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den
psychiatrischen Versorgungsangeboten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- Sicherstellung einer nahtlosen Weiterbehandlung und -betreuung durch Suchtbera-
tungsstellen im Anschluss an (stationäre) Entzugsbehandlungen
- (rechtzeitige) wechselseitige Informationsweitergabe bzgl. der jeweils in die Dienste
und Einrichtungen überwiesenen Patientinnen und Patienten
- Verlässlichkeit von Einrichtungen hinsichtlich personeller Kontinuität und Erreich-
barkeit.

Zur Umsetzung dieser Anforderungen sollten zukünftig – sofern dies noch nicht gesche-
hen ist – die Einrichtungen und Dienste der Suchtkrankenhilfe an den *individuellen Hil-
feplanungen* beteiligt sowie personell in den (bestehenden bzw. künftig einzurichtenden)
Hilfeplankonferenzen repräsentiert sein.

Außerdem kommt der gleichberechtigten Einbeziehung der Suchtkrankenhilfe in die *Ge-
meindepsychiatrischen Verbände* eine zentrale Funktion für eine effektivere fallbezogene
Zusammenarbeit insbesondere für mehrfachbeeinträchtigt chronisch Abhängigkeitskranke
(CMA) zu.

7.4 Selbsthilfe

Die Selbsthilfe unmittelbar oder mittelbar von psychischer Erkrankung betroffener Men-
schen hat heute – nach Jahrzehnten stetigen Wachstums und Bedeutungsgewinns – einen
unverzichtbaren Stellenwert. In der Selbsthilfe manifestieren sich einerseits bürgerschaft-
liches Engagement, sie ist Aspekt auch einer Entwicklung hin zu einem „Bürgerzentrier-
ten Gesundheitswesen“, andererseits spiegelt sie die *zwischenmenschlich* orientierte Or-
ganisation individueller, gruppengestützter Initiative zur Verbesserung der Situation per-
sönlich von Krankheit, Behinderung oder Schädigung Betroffener – und leistet damit ih-
ren Beitrag zur Gestaltung humaner Verhältnisse im eigentlichen Sinn. Selbsthilfe kann
sich inhaltlich in zwei miteinander zusammenhängenden Richtungen darstellen: Selbst-
hilfe, die sich über den Erfahrungsaustausch und mittels Kommunikation zwischen Be-
troffenen profiliert und Selbsthilfe, die im Sinne der Selbstinitiative stärkend (Empower-
ment) und genesungsfördernd (Recovery) wirkt.

Kennzeichen der Selbsthilfe in ihren verschiedenen Formen – Betroffenengruppen, Psy-
chiatrie-Erfahrene, Angehörigen-Gruppen u.ä. – sind Spontaneität, Eigeninitiative, per-

sönliches Engagement, mitmenschliche Hilfe und Helfenwollen, Information, Vermittlung, Mitwirkung im Einzelfall und in Gremien, Einbringung von Anregungen und Vorschlägen zur Versorgungsplanung und -struktur u.a.m. Auf diesem Hintergrund bilden sich auch zunehmend Vorschläge heraus, die auf eine Einbeziehung von „erfahrenen“ Betroffenen im Sinne eines „Ex-In“ (Experienced Involvement) zielen, damit verbindet sich auch die Vorstellung, dass durch das Zusammenwirken von Betroffenen, Facheinrichtungen und „Erfahrenen“ eine „Genesungsbegleitung“ im psychiatrischen Hilfesystem möglich wird.

Zwar liegt es in der Natur der Sache, dass der organisatorische Strukturierungs- und Durchdringungsgrad der Selbsthilfe nicht prioritären Stellenwert hat, es geht darum, bereit, offen und eigenverantwortlich zu sein und zu bleiben. Dennoch gibt es heute Zusammenschlüsse von Selbsthilfe auf Kreis- und Landesebene. Und aus Selbsthilfeinitiativen heraus sind über die Jahre hinweg auch Impulse zur Schaffung organisierter Hilfen und Einrichtungen gesetzt worden. Entscheidend vor allem ist jedoch auch, dass die Weiterentwicklung der Selbsthilfe Wertschätzung und Aufmerksamkeit seitens der Bevölkerung, der Versorgungsinstanzen und der politischen Ebenen erhält. Für die Zukunft der Selbsthilfe bestehen auf diesem Hintergrund folgende *Empfehlungen und Vorschläge*:

1. Zu führen sind weiterhin eine öffentlichkeitswirksame Diskussion und ihre Fortsetzung zum *Verhältnis Staat/Land und Selbsthilfe*. Dies fördert die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit gegenüber Selbsthilfe als begrüßenswertes bürgerschaftliches Engagement. Richtig ist auch, dass die Selbsthilfe nicht in die Rolle eines „Lückenfüllers“ fallen darf, wenn öffentlich garantierte oder rechtlich mit Anspruchsgrundlage versehene Hilfesysteme nicht vorhanden sind oder ausdünnen. Die Selbsthilfe sollte weiterhin Anerkennung und öffentliche Wertschätzung erfahren als bürgernahe, wertgestützte, zwischenmenschlich orientierte Initiative und als Advokat unmittelbar oder mittelbar von psychischer Erkrankung betroffener Menschen im Land. Der bereits sich formiert habende und geförderte „Selbsthilfe-Tag“ im Freistaat verschafft diesem Anliegen – neben Diskussion und Umsetzung weiterer vorgenannter o.g. Vorschläge – Unterstützung. Mit Initiativen wie diesen könnte auch eine Gewinnung von Personen verbunden sein oder angestrebt werden, die ihrerseits die Selbsthilfe ehrenamtlich z.B. in rechtlichen, organisatorischen usw. Fragen unterstützen bzw. deren Interesse dafür geweckt wird.
2. *Organisatorisch-finanzielle Unterstützung etc.*: Forderungen, die in die Richtung gehen, die Selbsthilfe zu einem „einrichtungsanalogem“, „geförderten“ Sektor auszubauen, stünden in gewisser Weise im Gegensatz zum Grundgedanken der Selbsthilfe, die ihre Spontaneität, auch ihre „Widerpart-Funktion“, nicht in vorregulierten Abläufen verlieren darf. Dem steht jedoch nicht entgegen, dass die Frage von finanziellen Aufwandsentschädigungen und Unterstützungen für umgrenzte Maßnahmen und Initiativen anlassbezogen auf Landes- und kommunaler Ebene positiv behandelt werden sollte.
3. *Verhältnis Selbsthilfe – Profession*: Dieses Verhältnis wird in weiten Teilen als gut bezeichnet, dennoch werden Verbesserung und Akzeptanz angemahnt, aus gutachterlicher Sicht verschiedentlich zu Recht. In Abständen geführte gemeinsame Gespräche können die wechselseitige Wahrnehmung verändern, die Grundvoraussetzung für die Kooperation ist. Wenn der Wunsch nach Kooperation „auf Augenhöhe“ gewünscht oder auch angemahnt wird, so kann dies sicherlich nicht bedeuten, dass fachlich qualifizierte Kompetenz damit randständig wird, es bedeutet jedoch, dass Kooperation unter Anerkennung der wechselseitigen Bedingungen und Kompetenzen erfolgen soll. Dies wird auch dadurch belegt, dass Selbsthilfe die Unterstützung und Beratung durch die fachlich-professionelle Seite durchaus wünscht.

4. *Vernetzung*: Die Selbsthilfe ist nicht „Einrichtungsbestandteil“ des Systems und doch bringt sie sich ein, das ist einer ihrer Zwecke und Ziele. Auf diesem Hintergrund sind die Vorschläge der Selbsthilfe zur Vernetzung, zur besseren Einbindung und Zusammenarbeit positiv zu unterstreichen. Dabei ist es auch angezeigt, in den kommenden Jahren das Verhältnis der psychiatrisch orientierten Selbsthilfe zur Selbsthilfe im Bereich Sucht vertieft zu klären, die Erwartungshaltungen der Betroffenen können nämlich in diesen Bereichen durchaus unterschiedlich sein, gleichwohl gibt es Überschneidungen bei den Betroffenen hinsichtlich Mehrfachdiagnosen und Hilfebedarf. Ebenso ist es sinnvoll, mit den Facheinrichtungen gemeinsam an einer „Anti-Stigma“-Initiative – z.B. zugunsten der Gewinnung von beschäftigungsbezogenen Angeboten auf dem Markt – zu arbeiten. Schließlich ist auch der Vorschlag sachgerecht, die Kooperation mit den Kliniken dort zu reflektieren, wo es um die Entlassvorbereitung geht. Diese muss sich nicht auf alle Fälle richten, es kann aber im Einzelfall sehr angezeigt sein, hier das Selbsthilfe-Potenzial auch von vornherein mit einzubeziehen.

7.5 Koordination und Steuerung

Ausgehend von der Zielsetzung, eine personenzentrierte Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen umzusetzen, kommt der Koordination und Steuerung der psychiatrischen und psychosozialen Hilfen ein zentraler Stellenwert zu. Dies betrifft zum einen die koordinierte Planung und Erbringung der Hilfen auf individueller Ebene; zum anderen bezieht sie sich auch auf Vereinbarungen und Absprachen, die die Dienste und Einrichtungen bzw. ihre Träger in einer Versorgungsregion (kreisfreie Städte und Landkreise) treffen sowie auf „institutionalisierte“ Formen der Kooperation (z.B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften [PSAG], kommunale Psychiatriebeiräte oder andere Formen institutioneller Zusammenarbeit). Schließlich betrifft es auch die Art und Weise der Planung, Koordination und Steuerung auf Landesebene.

Wie aus der von FOGS/ceus consulting durchgeführten Bestandsaufnahme und -analyse hervorgeht, konnten im Freistaat Thüringen z.T. erhebliche Fortschritte hinsichtlich der Umsetzung von Planung, Koordination und Steuerung der Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erreicht werden. So ist es im Verlauf der letzten zehn Jahre in der überwiegenden Zahl der thüringischen Kommunen gelungen, eine *personenzentrierte Hilfeplanung* (i.d.R. auf der Grundlage des IBRP bzw. vergleichbarer Instrumente) sowie *Hilfeplankonferenzen* aufzubauen. Zugleich wurden – angestoßen durch das „Implementationsprojekt“ – zumindest in *sechs Modellregionen* des Freistaats Thüringen *Gemeindepsychiatrische Verbände* (mit Versorgungsverpflichtung) inkl. *Psychiatriekoordination* implementiert bzw. ist deren Einrichtung geplant. Gleichwohl hat die Situationsanalyse auch gezeigt, dass im Freistaat Thüringen – wie z.T. auch im übrigen Bundesgebiet – die Möglichkeiten der Kooperation und Koordination sowie insbesondere der Steuerung noch nicht hinreichend ausgeschöpft sind. Dies betrifft nach wie vor sowohl die individuelle Planung und Koordination der Hilfen als auch die personenzentrierte Verknüpfung der Hilfeangebote im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Verbände.

Ausgehend von den beschriebenen Defiziten leiten sich für die nächsten Jahre im Hinblick auf Koordination und Steuerung vor allem folgende Entwicklungsschwerpunkte ab:

1. Das Land sollte gemeinsam mit den kommunalen Körperschaften darauf hinwirken, dass in *allen* kreisfreien Städten und Landkreisen ein *einheitliches personenzentriertes Hilfeplanverfahren* eingeführt bzw. umgesetzt wird. Hierbei sollten – nach

Abschluss der Evaluation – die Erfahrungen aus der Erprobung des ITP umfassend berücksichtigt werden.

2. Auf der Grundlage von § 5 ThürPsychKG sowie anknüpfend an Erkenntnisse des „Implementationsprojektes“ sollten sukzessive in allen kommunalen Körperschaften des Freistaats Thüringen *Gemeindepsychiatrische Verbände* geschaffen werden. Die Bildung der GPV sollte sich dabei sowohl an den Erfahrungen des „Implementationsprojektes“ als auch an den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinpsychiatrische Verbände (BAG GPV) orientieren.
3. Die *Psychiatriekoordination* sollte ebenfalls i.S. des § 5 ThürPsychKG als eine wichtige Funktion kommunaler Planung, Steuerung und Vernetzung in sämtlichen Landkreisen und kreisfreien Städten des Freistaats Thüringen implementiert werden. Der Psychiatriekoordination kommt eine wichtige Vermittler- und Scharnierfunktion zwischen Verwaltung, politischen Entscheidungsträgern und den Versorgungsbeteiligten zu. Darüber hinaus stellt die Vernetzung psychiatrischer Hilfen mit angrenzenden Versorgungssektoren (u.a. Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Jugendhilfe) eine vorrangige Aufgabe der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren dar.
4. Die Funktion der Psychiatriekoordination sollte – mit Blick auf die vielfältigen Aufgaben – *angemessen personell ausgestattet* und möglichst am *Gesundheitsamt* angesiedelt werden. Dabei sollte sich das Tätigkeitsprofil vor allem an dem vom TMSFG vorgelegten Vorschlag zu Funktion und einzelnen Aufgaben der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren orientieren.

Da die sich auf die Koordination und Steuerung beziehenden Handlungsempfehlungen vor allem in der Zuständigkeit der Kommunen liegen, schlagen FOGS/ceus consulting vor, eine *Arbeitsgruppe* von Kommunen, Leistungsanbietern und Land einzurichten, die die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die schrittweise Umsetzung der Vorschläge berät. An der Arbeitsgruppe – die ihre Arbeit nach Verabschiedung des 3. Psychiatrieberichts auf Initiative des TMSFG aufnehmen könnte – sollten (zumindest) folgende Akteure beteiligt sein:

- Vertreterinnen bzw. Vertreter der kommunalen Spitzenverbände
- Vertreterinnen bzw. Vertreter der Landkreise bzw. kreisfreien Städte mit und ohne Psychiatriekoordination
- Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren
- VertreterInnen der Leistungsanbieter
- Vertreterinnen bzw. Vertreter des TMSFG.

Eine wesentliche Grundlage für die Arbeit der Arbeitsgruppe sollte neben dem 3. Psychiatriebericht der Bericht zum „Implementationsprojekt, der Bericht zur Evaluation des ITP sowie das vom TMSFG vorgelegte Papier zur Funktion der Psychiatriekoordination sowie den (möglichen) Aufgaben und Tätigkeitsbereichen der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren darstellen.

7.6 Prioritäre Entwicklungsbedarfe – was sollte vor allem aufgegriffen werden?

Der 3. Psychiatriebericht enthält in den einzelnen Kapiteln verschiedene Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat Thüringen, deren Umsetzung weder in einem kurzen Zeitraum erwartet noch bewältigt werden kann. Hier setzen unterschiedliche Zuständigkeiten und zu beteiligende Ebenen und Akteure sowie die Verfügbarkeit von Ressourcen Grenzen. Insofern ist der 3. Psychiatriebericht auf einen längerfristigen Horizont bis zum Jahr 2020 ausgerichtet. Dem steht nicht entgegen, dass aus dem Spektrum aller dargestellten Empfehlungen die prioritär und kurzfristig zu befördernden Entwicklungen und Schwerpunkte abschließend hervorgehoben werden; diese sind mit Blick auf die weitere Funktionalität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Freistaat von besonderer Bedeutung:

1. *Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen, fachärztlich-psychiatrischen und fach-psychotherapeutischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten.* Die Entwicklung auf diesem Gebiet zeigt schon jetzt in einzelnen Kommunen Versorgungsdefizite auf, beobachtet wurde z.B., dass Praxissitze bereits heute nicht überall mehr nachbesetzt werden können u.ä. *Gegensteuernde Maßnahmen*, wie sie vom Freistaat sowie von und mit der KV Thüringen bereits ergriffen werden, sind *weiterhin zu fördern bzw. fortzusetzen*. Gesicherte, bürgernahe, alltags- und gemeindenahere Versorgung realisiert sich vor allem im ambulanten Sektor.
2. Für die Versorgung ist deren sozialpsychiatrische Ausrichtung von entscheidender Bedeutung, verstanden als Verknüpfung und Koordination von Hilfen, die vor allem eine chronisch psychisch kranke Person in verschiedenen Lebensbereichen nötig hat (Behandlung, Betreuung, Beratung, Unterkunft, Re-Integration usw.). Dazu gehört, dass *Rolle und Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes als Vermittlungs- bzw. Steuerungs- und Koordinationsinstanz erhalten und gefördert* sowie die *fach-ärztliche Ausstattung dieses Dienstes gewährleistet* wird. Darüber sollte sichergestellt werden, dass *auf kommunaler Ebene der Gemeindepsychiatrische Verbund und die Psychiatriekoordination* kontinuierlich Unterstützung im Aufbau und in der qualifizierten Aufrechterhaltung erhält. *Das Land sollte hier gegenüber den Kommunen auf Basis gesetzlicher Regelungen eine entsprechende „Supervisionsfunktion“ wahrnehmen*. Schließlich ist eine gemeindepsychiatrische und koordinierte Versorgung nur dann von Erfolg gekrönt, wenn auf Einrichtungs- und Leistungsträgerebene die *Instrumentarien der personenzentrierten, individuellen Hilfeplanung und Fallsteuerung nachhaltig* – z.B. durch Fall- und Hilfeplankonferenzen vor Ort – zum Einsatz kommen.
3. Prioritär ist mit Blick auf die Zukunft auch die *Optimierung der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie der gerontopsychiatrischen Versorgung* – und zwar jeweils im Hinblick auf die Optimierung der Kooperation und Vernetzung der beiden genannten Bereiche mit den Sektoren der Kinder- und Jugendhilfe einerseits und der Seniorenhilfe andererseits. Obwohl festzuhalten ist, dass auf diesen Feldern bereits deutliche Fortschritte erzielt wurden, gilt es gerade bei sinkenden Bevölkerungszahlen im Alter bis 18 Jahren aufgezeigte und vorgeschlagene Maßnahmen frühzeitig, präventiv zu ergreifen – in Kindergarten, Schule, im Ausbildungsbereich, bei Jugendämtern, Beratungs- und therapeutischen Einrichtungen –, die verhindern, dass sich Störungen verfestigen und Entwicklungen der Kinder und Jugendlichen dauerhaft beeinträchtigen. Die Kooperation der genannten Instanzen ist hier von ausschlaggebender Bedeutung. Analoges gilt für den wachsenden Bevölkerungsteil der älteren und hochaltrigen Bevölkerung. Dem hier prognostizierten künftigen Betreuungsbedarf kann mit Mitteln

baulicher Maßnahmen kaum begegnet werden, sondern vor allem durch eine in Kapitel 5 aufgezeigte funktionale Organisation von Hilfen und ein frühzeitiges sachgerechtes Handeln von der (haus-)ärztlichen Ebene angefangen bis hin zu den Facheinrichtungen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie einerseits, aber auch in den Einrichtungen der Seniorenhilfe andererseits. Den spezifischen Bedarfen psychisch kranker älterer und durch Demenz beeinträchtigter Personen ist qualifiziert Rechnung zu tragen, auch zur Entlastung pflegender Angehöriger und durch einen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der nicht allein vom Somatischen her bestimmt ist, sondern vom Zurechtfinden in der Lebenswelt, selbst wenn sie durch Erkrankung nur noch eingeschränkt wahrgenommen werden kann. Dass hier Erfolge zu verzeichnen sind, ist belegt. Schließlich kommt es darauf an, die für den Freistaat auf diesem Gebiet besonders wichtigen Maßnahmen gemeinsam zwischen Seniorenhilfe und Psychiatrie festzulegen und konsequent zu verfolgen und auszuweiten.

8 Literatur

Aktion Psychisch Kranke (APK) (2010): *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe*“, Bonn.

Aktion Psychisch Kranke (APK) (2009): *Psychisch kranke alte und demente Menschen – Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen*. Bonn.

86. ASMK Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 25./26. November in Berchtesgaden. (2009).

BAG der Leitenden Klinikärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. und BAG Leitende Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hg.) (2009): *Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin.

Barkmann, C., Schulte-Markwort, M.: *Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Überblick*, in: *Psychiatrische Praxis*, 6, 2004, 278-287.

Bbeauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). *alle inklusive! Die neue UN-Konvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Beske, F. (2007). Gesundheitsversorgung 2050. *Arzt und Krankenhaus*, 11.

Beske, F. (2010). Die Ausgaben in der GKV werden steigen. *Arzt und Krankenhaus*, 10.

Budde, W. u. Früchtel, F., *Sozialraumorientierte soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung*, in: NDV 7/2005, S. 238 – 242 und 8/2005, S. 287 – 292.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe. (2009). *Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)*, 30. Juni 2009.

Deister, A.: *Ein Regionales Budget für die Psychiatrie*.
http://www.kh_itzehoe.de/img/ejbfile/RPB%2020110817.pdf?id=19129 (2011).

Deister, A., Heinze, M., Kieser, C., Wilms, B.: Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 64(3), 2011, 64-69.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), *Aufgaben und Ziele der Gerontopsychiatrie*, 2007.
http://www.dggpp.de/documents/gp_aufgaben.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) (o.J.)

Deutscher Verein. (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, *Nachrichtendienste des Deutschen Vereins*, 7, 245 ff.

Deutscher Verein. (2009). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 7, 253 ff.

Deutscher Verein (2008). Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 9 S 377ff.

Dierks, C., Hensmann, J., Henke, K-D., Frank, J. & Wilkens, H. (2011). *Bürgerzentriertes Gesundheitswesen*. Baden-Baden.

Fachempfehlungen des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit und der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Thüringen für die Arbeit und Struktur psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG, Stand 08/2010.

Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur Sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen. (2006), in der Fassung 01/2006.

Fegert, J.M., Roosen-Runge, G., Thoms, E., Kirsch, U., Meysen, T. & Kölch, M. (2008). Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (KJHG) der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. *Das Jugendamt* 81, 4, 177-186.

Fehren, O. (2007). *Was ist Sozialraum? Annäherungen an ein Kunstwerk*, in: Soziale Arbeit, H. 8/2009, 58. Jg., Berlin, S. 286ff.

Freistaat Sachsen. Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (2011). *Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan*. Dresden.

Gesundheitsämter (2007 – 2010). *Jahresberichte. Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke*. 2007 – 2009 (TLVwA: 570-2451-13), 2009 (TLVwA: 570-2451-13) und 2010 (TLVwA: 550-2451-13).

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.) (2007) *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*, erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003), Stand: Feb. 2007.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel*, Göttingen. 2. Aufl.

Hölling, H. u.a.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), in: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 5/6, 2007, 784-793.

Ihle, W., Esser, G.: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede, in: *Psychologische Rundschau*, 53, 2002, 159-169.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.). (2010). *Auswirkungen des demographischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit*. Düsseldorf.

- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 1, 18.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen. (2011). *Versorgung heute – Aktuelle ambulante Versorgungssituation in Hessen*. Wiesbaden.
- Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) (2011). *Aufstellung der Praxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte*.
- Krüger, U., Holke, J. & Goldbach, H. (o.J.). *Möglichkeiten für Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern*. Arbeitsgruppe Teilhabe Arbeit und Beschäftigung der APK.
- Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen (Hrsg.). (2006). *Nachbetreuung suchtkranker und psychisch kranker Rechtsbrecher in Hessen*. Kassel.
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) (Hrsg.) (2011). *Vorschlag für die Einführung einer prospektiven Versorgungsplanung mit dem Versorgungsgesetz (Versorgungsstrukturgesetz)*. Leipzig.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, *Psychotherapeutenjournal*, 1, 43-50.
- Psychiatriewegweiser Thüringen 2010.(o.J.) Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaats Thüringen. Erfurt.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 5/6, 873.
- Rebscher, H. (Hrsg.): (2011) *DAK Gesundheitsreport 2011 – Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten*. Heidelberg.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002). *Gesundheit im Alter*. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10). Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2005). *Altersdemenz* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 28). Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2008). *Psychotherapeutische Versorgung* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 41). Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2010). *Depressive Erkrankungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 51). Berlin.
- Schädler, J. & Rohrman, A. (2009). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 6, 229 ff.

Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2011). *Psychiatrie 2020 – Perspektiven Chancen und Herausforderungen*. Berlin Heidelberg.

Statistisches Bundesamt: *Krankheitskosten 2008*
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankheitskosten/Aktuell,templateId=renderPrint.psml>.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Tabellenband. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2009*
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060,templateId=renderPrint.psml>.

Statistisches Bundesamt (2011b). *Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser (2009)*. Wiesbaden.

Techniker-Krankenkasse (Hrsg.) (o.J.) *Gesundheitsreport 2010 – Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen: Auswertungen für Thüringen*. Hamburg.

Thüringer Landesamt für Statistik (Hrsg.) (2011).
<http://www.tls.thueringen.de/datenbank/tabauswahl.asp?auswahl=231&BEvas3=start>

Thüringer Landesverwaltungsamt (2011). *Tätigkeiten des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke in den Jahren 2009 und 2010*.

Thüringer Landtag. (2010). Modellprojekt „Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in vier Kommunen des Freistaats Thüringen in "Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht -" für die Jugendhilfe in Thüringen“, Thüringer Landtag, 5. Wahlperiode, Drucksache 5/18887 vom 19.11.2010.

Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit (Hrsg.) (1994). *Landespsychiatrieplan*. Erfurt. (1. Psychiatriebericht).

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.). (2002). *2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen*. Erfurt. (2. Psychiatriebericht).

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (2010). *abschlussbericht zum Projekt „Implementation personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung in Thüringen“*. Erfurt.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C. , Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2011). *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Berlin.

Wilms, B., Pille,A.: *Einführung des Regionalen Versorgungsbudgets in einer Versorgungsklinik*.
http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/plus/arztundpraxis/forum/plus_forum_versorgung_020610_vortrag_wilms.pdf (2010).

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) *Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens – eine kleinräumige Analyse bis zum Jahr 2020*. Stand 25.08.2009. Berlin.

ZPE (Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen) (2011). Abschlussbericht zur Evaluation der Erprobung der „Personenzentrierten Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen“ (PerSEH), Siegen.

ZPE (Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen) (2008). *Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand*. Abschlussbericht der Forschungsgruppe IH-NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Siegen.

Impressum

Herausgeber: Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

Tel.: 0361/37 900, Fax 0361/37 98 800
E-Mail: poststelle@tmsfg.thueringen.de
Internet: www.thueringen.de/de/tmsfg

Verantwortlich: Referat M 2/Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Redaktion: Referat 45
Psychiatrische Versorgung, Maßregelvollzug
Eva-Maria Weppler-Rommelfanger
FOGS GmbH/ceus consulting GmbH
Prof. Dr. Rudolf Schmid
Hans Oliva
Dr. Heinz Jaschke
Günter Schlanstedt

Stand: Januar 2012

Copyright
beim: Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit